


3 1761 11556819 8





Digitized by the Internet Archive
in 2022 with funding from
University of Toronto

Canada. Dept. of National Health
and Welfare. Research and Statistics Div.
Social security series
Memorandum no. C 1927 (3)

Social Security in Canada, 1974.

Published by authority of
the Minister of National Health and Welfare

Policy and Program Development
and Coordination Branch

©
Information Canada
Ottawa, 1974

Cat. No.: H13-1/20

Table of Contents

Foreword

HISTORICAL BACKGROUND

Public Health Insurance	2
Income Security and Social Welfare Services	8

HEALTH CARE

Hospital Insurance and Diagnostic Services Program	17
Medical Care Program	19
Health Insurance Supplementary Fund	21
Canada Assistance Plan	21
Voluntary Health Insurance	22

SOCIAL SECURITY MEASURES AVAILABLE TO SPECIFIC GROUPS

Persons in Need	23
Provincial Social Assistance Programs	23
Canada Assistance Plan	24
Low Budget Housing Program	25
Aged Persons	27
Canada and Quebec Pension Plans	28
Old Age Security	31
Guaranteed Income Supplement Program	32
Social Assistance Supplements	34
Private Pension Plans	34
General Services for the Aged	36
Opportunities for Older People in the Use of Leisure	37
Survivors	38
Canada Pension Plan and Quebec Pension Plan	38
Widow's Pension	38
Disabled Widower's Pension	39
Orphan's Benefits	39
Death Benefit	39
Social Assistance	39
Survivors' Benefits: Workmen's Compensation	40
Survivors' Benefits: Veterans	40

Children	40
Family Allowances — Federal	40
Family Allowances — Provincial	42
Orphan's Benefit (CPP/QPP)	42
Children of Disabled Contributors (CPP/QPP)	42
Children's Benefits Under Other Programs	42
Child Welfare Services	42
Disabled Persons	44
Canada Pension Plan and Quebec Pension Plan	44
Federal-Provincial Blind and Disabled Persons Allowances	45
Provincial Social Assistance	45
Training and Allowances	46
Medical Rehabilitation for Disabled and Chronically Ill Persons ..	47
Unemployed Persons	50
Unemployment Insurance	50
Transitional Assistance Benefit Program	52
Supplementary Unemployment Benefit	52
Employment Services at Canada Manpower Centres	53
Canada Manpower Mobility Program	53
Occupational Training for Adults	54
Injured Workmen	56
Workmen's Compensation	56
Merchant Seamen's Compensation	58
Veterans	58
War Veterans Pensions	59
Civilian War Pensions and Allowances	59
War Veterans Allowances	59
Civilian War Allowances	59
Assistance Fund	60
Farmers	60
The Agricultural Stabilization Act	61
Prairie Farm Assistance Act	61
Crop Insurance Act	62
Small Farm Development Program	62
Rural Economic and Social Development	63
Farmers and Social Security	64
Fishermen and Seamen	64
Fishing Vessel Insurance Plan	64
Unemployment Benefits	65
Immigrants	65
Provincial Health Insurance Plans	65
Indians and Eskimos	66

SOCIAL SECURITY EXPENDITURES

Tables

Table A: Expenditures on Health and Social Welfare by all Levels of Government	70
Table B: Government Expenditure on Social Security as a percentage of Gross National Product and National Income	71

Appendix

Provincial Health Insurance Plans	72
---	----

Foreword

Canada spent an estimated \$11.3 billion on social security in the fiscal year 1971-72, or about 11.8 per cent of our Gross National Product. These expenditures, which include federal, provincial and municipal outlays, may be expected to increase over the next few years to cover a wide range of programs which provide income support and health and welfare services to many Canadians.

With such vast expenditures involved, it is important that we understand how this money is being spent, what programs are provided and the role these programs play in our overall social security system.

A number of publications have described particular social security programs or have dealt with the social security system as a whole. Although these publications have filled an important need, there has been little attempt to indicate the interrelationship between the programs or to go beyond these measures to focus on the people for whom these programs were designed and their problems. This is the third edition of *Social Security in Canada* updated to the end of 1973. It shows how large groups of people in Canada are served by social security programs. These groups include persons in need, aged persons, surviving dependents, children, disabled persons, unemployed persons, persons injured while working, persons requiring health care, veterans, farmers, fishermen and seamen, Indians and Eskimos, and immigrants. At the same time, this work provides an overview of Canada's social security system as it is today. To give a fuller understanding of the system as a whole, social and economic programs that are related to those dealing with social security are also presented. This had led us beyond the programs that are the responsibility of the Department of National Health and Welfare to those operated by other federal departments and agencies as well as those administered by the provinces.

We are pleased to acknowledge the assistance received from officials in the Departments of Agriculture, Environment, Indian and Northern Affairs, Labour, Manpower and Immigration, Regional Economic Expansion, Veterans' Affairs, Central Mortgage and Housing Corporation, Statistics Canada, and the Unemployment Insurance Commission as well as personnel of this Branch and of other Branches within this Department.

This Memorandum is Number 19 in the Social Security Series of research publications prepared in this Branch. This third edition of the publication has been prepared by J. I. Clark, Senior Advisor, Income Security.

Historical Background

Canada has developed a variety of approaches to social security. This system of social security consists of a number of programs that use different methods of delivering payments, including social insurance, social assistance, universal payments, guaranteed income, and the direct and indirect provision of health and welfare services. These measures have evolved slowly and have been shaped by constitutional, political, financial, economic and social forces over the past half-century and continue to evolve as these forces change over time.

The term “social security”, as used in this publication, covers public health insurance programs, income security programs, i.e., income insurance and income support measures, as well as social welfare services provided to meet personal and social problems.

The evolution of the social security system is examined first through the development of public health insurance programs and then through that of income security and social welfare services.

PUBLIC HEALTH INSURANCE

Hospital Insurance and Diagnostic Services^{1/}

Attempts at forms of health insurance can be traced to the early days of Canada's history. As far back as 1665, Estienne Bouchard, a Montreal physician, offered a form of prepaid health insurance to twenty-six families of that city. By 1883, Cape Breton coal miners were covered for hospital and medical services by a compulsory check-off system. However, health insurance did not become a popular concept until the First World War.

In 1916 the province of Saskatchewan took one of the first steps in breaking down the tradition of municipal responsibility for hospital care by passing the Union Hospital Act. This Act allowed municipalities to combine into hospital districts for the purpose of building and maintaining hospitals. In the following year, legislation was passed that gave municipalities the right to collect taxes to finance hospital care for all or most of their residents. By 1946 there were more than one hundred of these local plans operating throughout the province.

Both Manitoba and Alberta followed Saskatchewan's lead by establishing municipal hospital plans during the 1920's, but not until the depression years of the next decade did provincial governments find it necessary to intervene in the health care of its citizens through large-scale welfare

^{1/} *Health Services in Canada*, Health and Welfare Canada, Ottawa, 1973.

assistance. Many public assistance programs were initiated during the period to cover certain health care costs for indigent individuals.

The continuing interest in the concept of health insurance was reflected in the numerous inquiries and investigations that took place prior to the Second World War.

In 1928, a Committee of the House of Commons investigated several social security measures, including health insurance. During 1935 it placed the Employment and Social Insurance Act on the statute books, an Act which would have allowed the federal government to administer directly a health and welfare program financed by premium payments. The legislation, however, was found to be unconstitutional when put to the test in the courts, and provincial responsibility for health care was reconfirmed.

In the years preceding and during the Second World War there were abortive attempts in several of the provinces to pass health insurance legislation. For various reasons, however, none of these acts was ever proclaimed. Consequently, the need for hospital insurance coverage during this period came to be filled through hospital-association-sponsored prepayment group plans or private commercial insurance. In many respects, these plans resembled American Blue Cross Plans: they operated on the "service" benefit principle rather than a fixed dollar indemnity.

In 1942, the federal government established an advisory committee on health insurance and its report, including a draft health insurance bill, was presented to the House of Commons Special Committee on Social Security in 1943. A health insurance scheme, based to a considerable extent on the work of the advisory committee, was then included in the federal proposals placed before the federal-provincial Conference on Reconstruction which was held in 1945. The proposals included financial aid to assist provincial governments in the operation of a comprehensive health insurance program. This program would be introduced in progressive stages and be country-wide in scope. However, disagreement on fiscal arrangements prevented the acceptance of the entire package, of which health insurance had been only a part.

Meanwhile, the province of Saskatchewan decided to proceed independently and, in 1946, passed the Saskatchewan Hospitalization Act which, when implemented in the following year, constituted the first government-sponsored province-wide compulsory program providing hospital care in Canada.

By 1949 two other provinces, British Columbia and Alberta, had introduced hospital insurance plans of their own. British Columbia's plan did not differ radically from the program in operation in Saskatchewan, but Alberta's program, effective July 1, 1950, was based upon the existing structure of municipal hospital plans administered by municipal councils and, therefore, did not offer complete province-wide coverage.

When Newfoundland entered Confederation in 1949, it already had some fifteen years' experience with its subsidized Cottage Hospital Service.

This service provided care by a salaried doctor to about one-third of the population of the province, chiefly in isolated outposts. In 1957 they added a children's plan for hospitalization and diagnostic services. In the following year, when these hospitalization benefits were incorporated into a province-wide hospital plan initiated under an agreement with the federal government, the benefits for children were expanded to include medical and surgical care, anaesthesia and special consultations.

It was in 1955, when interest in health insurance had become widespread, that the provinces requested a discussion of the subject at the federal-provincial conference being held at that time. At this conference, the Prime Minister expressed the willingness of the federal government to provide financial assistance for health insurance programs. Consequently, in January 1956, concrete health insurance proposals were placed before the provinces by the federal government. These proposals envisaged the inauguration of a phased health insurance program, with priority being given to hospital insurance and diagnostic services.

The first federal law embodying these proposals, the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, was passed in 1957. Through this Act the federal government shares with the provinces the cost of providing specified hospital services to insured persons.

Four provinces, Newfoundland, Saskatchewan, Alberta and British Columbia, were already operating hospital insurance plans in 1957 when the Act was passed. They, and Manitoba, entered into related agreements on July 1, 1958, and were later joined by Prince Edward Island, Nova Scotia, New Brunswick and Ontario in 1959, the Northwest Territories and the Yukon Territory in 1960, and Quebec in 1961.

Today, over 99 per cent of the total population of 22 million is covered by hospital insurance.^{2/}

Medical Care Insurance

Medical care insurance, like hospital insurance, has its historical beginnings with Estienne Bouchard in 1655 and the nineteenth century check-off system used by some lumber and mining companies to cover hospital and medical care costs incurred by employees. Nevertheless, its more general application did not begin until the twentieth century when hospital insurance schemes were being introduced in various parts of the country.

In 1914, the rural municipality of Sarnia in Saskatchewan experimented with a form of medical care insurance by offering a physician a retainer to practise in the area. The experiment was so successful that, two years later, the province passed the Rural Municipality Act. This allowed any rural municipality to levy property taxes for the purposes of paying

^{2/}For more details on the Hospital Insurance Program, see section entitled, "Hospital Insurance and Diagnostic Services Program".

a retaining fee to doctors providing general practitioner and public health services in the area. The effect of this legislation was to encourage doctors to settle in Saskatchewan which, at that time, had been a province for only eleven years and was still at a semi-frontier stage of development. These publicly-supported plans continued to operate for some years and, by 1946, there were about one hundred of them. Similar plans, on a less widespread scale, were adopted in Manitoba in 1921 and in Alberta in 1926.

During the 1920's and 1930's, commercial companies were the most active bodies offering medical insurance in other parts of Canada. Newfoundland, however, which had not yet joined Confederation, initiated its Cottage Hospital Medical Care Plan in 1934. This plan not only provided hospital services for outlying areas, but also retained physicians to serve in these outposts.

In 1937, a Toronto pathologist, Dr. J. A. Hannah, began one of the first physician-sponsored plans, funded by grants for the Ontario Medical Association and the Ontario Civil Service Association. In 1939, similar programs were introduced in Windsor, Ontario and Regina, Saskatchewan, under medical society sponsorship.

During the 1940's, a number of other physician-sponsored plans took effect throughout the country, including Medical Services Associated of British Columbia (1940), Manitoba Medical Services (1942), Medical Services Incorporated, Saskatoon (1946), Physicians' Services Incorporated, Ontario (1947), Medical Services (Alberta) Incorporated (1948), and Maritime Medical Care Incorporated, Nova Scotia (1948). The principal feature of these plans was that they supplied fairly comprehensive coverage for the costs of physicians' services. These plans were known as "service plans" in which the plan payment to participating doctors rendering insured services was accepted as payment in full. No payment was required of the patient at the time of service.

The attempts of various governments to pass health insurance legislation influenced the future development of medical care and hospital insurance. In particular, the constitutional decision of the courts in 1935 placed the initiative for implementing any sort of health insurance scheme with the provincial governments and dictated the course that was to follow.

The most important government-sponsored medical care insurance program to develop during this period was the Swift Current Health Region program. Initiated in 1946, it made available a full range of medical care services in the home, office and hospital to the 54,000 residents of the region. In addition, a full program of dental care was made available to all children under 16. The plan was financed by compulsory personal and property taxes and by provincial grants.

When the federal proposals on health insurance were rejected at the federal-provincial Conference on Reconstruction in 1945, medical care proposals were also stalled, because it had been agreed that hospital insurance would constitute the first phase of such a program. However, in 1948,

one part of the federal proposals, the National Health Grants, was revived. Described as "being fundamental prerequisites of a nationwide system of health insurance", the Grants strengthened traditional health services by making funds available for the construction of hospitals, the training of professional personnel, various treatment programs for cancer and tuberculosis, programs to promote mental health, child and maternal health, and to conduct provincial surveys of health services and resources.

As with hospital services, provinces found it necessary to make some provision for the medical care of indigents. In 1931 and 1949, British Columbia enacted legislation which eventually covered most types of medical care for welfare recipients. Ontario made provision for voluntary participation by its municipalities in a medical care program for indigents in 1932, but in 1933 the province made participation compulsory for all municipalities. Saskatchewan's Health Services Act of 1945 was designed to provide a comprehensive range of health services for recipients of public assistance only. Benefits included hospital, dental, medical and pharmaceutical services. Alberta's medical care plan for welfare recipients was inaugurated in 1947, and other plans of this nature continued to be introduced in the other provinces over the ensuing decades.

Full provincial, government-sponsored, medical care insurance to special "groups" other than welfare recipients was limited in 1958 to only two segments of the population: the residents of Swift Current Health Region in Saskatchewan and the children of Newfoundland whose Children's Health Service was extended in that year to include professional services. However, implementation of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act in 1958, and the resulting general exclusion of private insurers from the field, had two main consequences. Many members of the public, insured for the first time against the costs of hospitalization, became interested in insuring themselves against the costs of physicians' services. The insurance industry began to look toward new fields to replace its lost hospital insurance business.

The non-profit service plans gained sufficient confidence to open enrollment to residents of communities, in effect making a group of all interested residents of a community, and had periodic "open periods" for enrollment. Thus, the Hospital Insurance Program was followed by a marked increase in medical insurance coverage from about 30 per cent to about 70 per cent of the population.

In 1965, the Royal Commission on Health Services, appointed in 1961 under the chairmanship of the Honourable Emmett M. Hall, Justice of the Supreme Court of Canada, completed what was to be the most comprehensive and detailed assessment of health services in Canada. It found that, while nearly 60 per cent of Canadians had some form of insurance protection against the costs of medical care, approximately 30 per cent of this was totally inadequate.

With regard to medical care, the Commission recommended strong

federal government leadership and financial support with the operating controls of the program being decentralized to the provincial governments. General standards and guidelines were suggested as part of the federal provisions, but the Commission felt that each province should be permitted wide latitude in establishing its own program. Closely related were recommendations on the need for greatly expanded support for teaching, research, and other facilities for training health personnel.

Meanwhile, the province of Saskatchewan once again became the first to experiment with a compulsory, government-sponsored medical care insurance program. The principles on which the program was founded were: prepayment; universal coverage; high quality of service; administration by a public body responsible to the Legislature; and acceptance by both providers and receivers of services. However, a provincial Advisory Planning Committee on Medical Care, appointed in 1960 and consisting of three persons named by the medical profession, three representatives of the government, three representatives of the public and one appointee from the University of Saskatchewan College of Medicine, split on the principles of universal coverage and public administration. Nevertheless, the legislation was given assent in November 1961, and July 1, 1962 was set as the starting date for implementation of the program.

The provincial College of Physicians and Surgeons in Saskatchewan announced a withdrawal of all physicians' services except for emergency treatment, effective July 1, unless certain changes were made. When the Plan was implemented in its original form, services were indeed withdrawn and were not reinstated until July 23, 1962, after an agreement had been reached between the government and the College embodying concessions from both sides.

In the end, the physicians agreed to work within the framework of a universal, publicly-administered program, and the government agreed to retain voluntary health insurance agencies as intermediaries in the processing of claims. The plan, in its final form, included all medically required physicians' services, including diagnostic procedures, and covered over 93 per cent of the population.

Prior to the introduction of the federal program, three provinces followed suit with some type of medical care legislation, although none tried to repeat the Saskatchewan requirement of universality.

Alberta's plan of 1963 regulated the type of contracts sold by private insurance companies and set limits on the premiums charged. Partial public premium subsidization was also provided for those unable to pay full premiums. By the end of 1966, over 70 per cent of the population of Alberta was enrolled.

In 1965, the government-operated British Columbia Medical Plan made available non-group coverage for provincial residents, following the failure of the only non-profit carrier that provided this type of coverage. Partial premium subsidization was also available, but welfare recipients were

covered separately with a lower scale of benefits.

The Ontario Medical Services Insurance Plan of 1966 was essentially a similar development, but most welfare recipients came under the plan and received the same benefits. In 1967, Alberta changed to a similar plan under its own agency, the Alberta Health Plan.

Finally, in the summer of 1965 a new federal proposal, based on the recommendations of the Hall Commission, was introduced at a federal-provincial conference. The Prime Minister proposed that comprehensive physicians' services be made available on a universal basis, that the program be publicly administered and that coverage be transferable between provinces. Upon provincial agreement, the federal government was prepared to contribute to participating provinces, in respect of each insured resident, half the per capita cost of insured services in all provinces operating medical care insurance plans adhering to the principles outlined below.

The federal Medical Care Act was passed in 1966 and implemented on July 1, 1968. Saskatchewan and British Columbia were prepared to enter the plan at its inception: Newfoundland, Nova Scotia, Manitoba, Alberta and Ontario joined in 1969; Quebec and Prince Edward Island followed in 1970; New Brunswick and the Northwest Territories in 1971; and the Yukon Territory in 1972.

At the same federal-provincial conference in 1965, a program whereby the federal government would share the cost of comprehensive welfare programs, including supplementary health care services for needy persons, was also discussed. The resulting Canada Assistance Plan was implemented in 1966. Although the main emphasis of the program is on social assistance and welfare services with a preventive or rehabilitative function, the plan also shares in the cost of other health services required by needy persons, providing these services are not included under either of the health insurance plans. These may include such items as take-home prescriptions or prosthetic devices.^{3/}

INCOME SECURITY AND SOCIAL WELFARE SERVICES

The historical development of income security measures in Canada can be examined in terms of three distinct stages: the period up to World War I; World War I and the inter-war period; and the period of World War II and the years since then.

Until the First World War, income security measures were minimal and slow to develop. Those that evolved in this period were shaped by the local and regional nature of social and economic needs as reflected by the stage of economic development which then existed in Canada. As the country grew and expanded, the initial private and local social measures were supplemented by more far-reaching government programs such as

^{3/}For more details on the Medical Care Insurance Program, see section entitled, "Medical Care Program".

provincial child welfare legislation and provincial ownership or control over establishments for the mentally ill, the mentally retarded, the tubercular, the blind, and the deaf. The Annuities Act of 1908 marked the beginning of federal legislation in old age income security in Canada.

In the second stage, from the beginning of the First World War to the Second World War, there were several factors that altered the shape and structure, and influenced the growth, of social security in Canada. Rapid industrialization during the First World War and thereafter, the economic and social dislocations of the great depression of the 1930's and the internal migration from rural to urban centres not only increased the magnitude of social and economic needs but changed the nature of these problems from being purely local to being regional and national. The foregoing factors, coupled with the increasing costs of income security which became too burdensome for local authorities, shifted the emphasis from local to provincial governments and to the federal government. While income security developments were not extensive at this stage, a number of important programs were initiated, including provincial workmen's compensation and mothers' allowances programs, and the federal-provincial provision for old age pensions.

One of the first steps in the development of a modern income security program was the introduction of the Ontario Workmen's Compensation law in 1914. It embodied the principles of collective liability and state insurance and inaugurated a new approach for the protection of workmen suffering from temporary or permanent disability, illness or death arising from their employment by providing medical and cash benefits during the period of incapacity for work as well as accident prevention programs. This law set a legislative pattern which was followed by similar programs in the other provinces. A further significant step in the field of Workmen's Compensation was the development in Ontario of a comprehensive rehabilitation service for disabled workmen. Other provincial Workmen's Compensation boards have developed similar programs.

It was during this stage that the first provincial mothers' allowances program was established in Canada. The Manitoba legislature passed legislation to assist needy mothers and their dependent children in 1916 and, in the years that followed, other provinces passed similar legislation.

The first major intervention by the federal government in the field of income security occurred in 1927, when the Old Age Pensions Act was passed. The program provided for federal sharing in the cost of provincial pensions to persons 70 years of age and over who qualified under a means test, which took into account both the income and the assets of the applicant. Pension legislation of this type had been implemented some decades earlier in several countries including Denmark, New Zealand, Australia, and the United Kingdom. The Canadian legislation adapted this approach to a federal state by offering grants to provinces conditional upon their enactment of appropriate legislation. In the years that followed, this

approach was the basis for similar legislation for blind persons (1937), for old age assistance commencing at the age of 65 (1951) and for allowances for totally and permanently disabled persons (1954).

The widespread unemployment during the depression of the 1930's forced the development of a number of unemployment assistance measures as the provinces sought federal intervention to assist both the provincial and municipal governments in meeting the heavy costs arising from this situation. It was in this setting that the federal government took steps to establish a national program of unemployment insurance. Legislation passed in 1935 was declared *ultra vires* of the Federal Parliament in 1937. After a constitutional amendment was passed, bringing unemployment insurance within the jurisdiction of the Federal Parliament, federal unemployment insurance legislation was passed in 1940. The legislation also provided for the establishment of a national employment service. The Canadian legislation was patterned after the British concept of social insurance with tripartite contributions from employers, employees and the government rather than the United States' concept of unemployment compensation. The latter has experience rating whereby an employer with low unemployment experience pays less tax than one whose experience rate is higher. The Canadian legislation differs from the British in that it provided a system of graded, rather than flat-rate, benefits.

The third stage, and the era of greatest growth of income security and social welfare services in Canada, has been the period during and following the Second World War. It is important to note that this has coincided with a period of great industrial expansion and economic growth. Under these conditions, it was possible to finance much more easily the new and expanded social measures needed to deal with the many and varied social and economic problems which had been emerging and had become more pressing.

It was during this stage in the development of social security in Canada that a new approach in income security was adopted. Programs were introduced providing for universal payments to virtually all persons in specific age groups, redistributing income in favour of families with children on the one hand and of older persons on the other.

In the field of old age income security, Canada followed an approach similar to that adopted by New Zealand and Sweden in providing universal, flat-rate, old age pensions. The introduction of the Canadian old age security program in 1951 represented one of the most ambitious ventures Canada has ever undertaken in the field of social security. Under this measure, as of April 1, 1974, a pension of \$110 a month is paid to all persons of 65 years and over, subject only to a minimum period of residence qualification. The old age security pension is adjusted each quarter for the full amount of the quarter-to-quarter increase in the Consumer Price Index.

The other program providing universal payments is Family Allowances.

To complement these universal payments programs, in 1965 Parliament established the Canada Pension Plan, a comprehensive social insurance program which makes provisions for retirement, disability and survivor's pensions. Contributions to this program began in 1966. Payment of retirement benefits started in 1967, payment of survivor's benefits in 1968, and disability pensions, with additional benefits for their dependent children, in 1970. The earnings-related retirement pension provided under the Plan is added to the flat-rate old age security program. Full retirement benefits will be payable after a ten year transition period. Canada Pension Plan benefits are automatically adjusted for changes in wage levels and, within limits, for increases in the level of consumer prices. The Canada Pension Plan legislation, in line with our political structure as a federal state, provided that the plan would not apply in any province establishing a comparable pension plan. The province of Quebec introduced such a plan called the Quebec Pension Plan. The Canada and Quebec Pension Plans are co-ordinated to provide one nation-wide system of contributory pensions. Under this system, an effort has been made to cover almost the entire labour force on a compulsory basis.

Another approach to the provision of income security for the aged was introduced in December 1966. Legislation was passed providing for a guaranteed income supplement for all old age security pension recipients who were too old to participate in the Canada and Quebec Pension Plans. The program came into effect in January 1967 and, as of April 1, 1974, the basic Old Age Security pension and the supplement guarantee a minimum annual income of \$2,248 a year to a single pensioner and to a married couple where only one spouse is a pensioner and \$4,288 to a married couple where both spouses are pensioners. These levels are adjusted each quarter for quarter-to-quarter increases in the Consumer Price Index. This concept of a guaranteed minimum income to aged persons in Canada represents an important new feature in Canada's social security program in that it uses an income test, rather than an income-and-assets test, for determining eligibility and the amount of benefit.

The federal government provided grants-in-aid to the provinces to assist with the cost of unemployment during the 1930's. Pockets of unemployment appeared during the 1950's and it became necessary to provide protection beyond that of the federal unemployment insurance program. Remedial action was taken in two ways. The scope of unemployment insurance was expanded to assist persons whose benefits were being exhausted because of seasonal unemployment and new groups of employees were brought into the program. In addition, a federal unemployment assistance program was introduced in 1956 through which the federal government shared half the cost of provincial assistance payments for certain unemployed persons. This legislation was amended the following year to include unemployable persons who had been excluded previously. This had the effect of converting the unemployment assistance program

into a general assistance measure.

Perhaps the most significant development in public assistance in Canada occurred in 1966 with the passage of the Canada Assistance Plan, which was designed to replace the Unemployment Assistance Act. Under this program, the federal government provided a basis for supporting the integration, broadening and improvement of provincial and municipal assistance programs and encouraging the extension and development of social welfare services. Where there were formerly four federal-provincial programs — for the aged, the blind, the disabled and the unemployed — the provinces may combine them now into one single program under the Canada Assistance Plan. For the first time there was federal sharing of the costs of provincial programs for needy mothers and their dependent children. Under the Plan, federal contributions amount to 50 per cent of provincial and municipal expenditures for assistance payments, welfare services and certain health services.

In 1970 the Government of Canada undertook a comprehensive re-examination of our Social Policy. The results of this re-examination were expressed in the White Paper entitled "Income Security for Canadians" which, among other things, stated that "A greater emphasis should be placed on antipoverty measures. This should be accomplished in a manner which enables the greatest concentration of available resources to be made upon those with the lowest incomes. Selective payments should be made, where possible, in place of universal payments which disregard the actual income of the recipient. In addition, social insurance payments should be expanded in those areas where poverty prevention and alleviation can be achieved. The combined result should provide a more stable income base for low income families."

The White Paper suggested a revision in income security policies so as to redirect their emphasis and scope, and to seek the combination of programs that will best meet basic income security needs.

The White Paper proposed a Family Income Security Plan to replace Family Allowances, suggested increases in the rates of benefits for the Guaranteed Income Supplement and other changes in the Old Age Security pension program, made proposals for change in the Canada Pension Plan, and recommended that the federal and provincial authorities review the Canada Assistance Plan with a view to securing improvements in social assistance programs. The White Paper also made reference to a White Paper on Unemployment Insurance issued in 1970, which had proposed major changes to the Unemployment Insurance program.

In December 1970 legislation was passed pegging the old age security pension at \$80 per month effective January 1971 and increasing the Guaranteed Income Supplement in April of the same year. The maximum benefits under the Guaranteed Income Supplement rose from \$31.83 to \$55.00 per month for a single pensioner and to \$47.50 per person for married couples where both spouses are pensioners. In May 1972 the basic

old age security pension was increased to \$82.88 and the Guaranteed Income Supplement rose to \$67.12 and \$59.62.

On April 1, 1973, the following changes went into effect: the basic rate of the Old Age Security Pension was increased to \$100 per month and the two per cent ceiling on the annual escalation index was removed so that the basic pension and the maximum GIS benefits would increase in step with the full rise in the Consumer Price Index. This was modified in October 1973 to allow both the OAS and GIS to be escalated every quarter by quarterly increases in the Consumer Price Index.

The Unemployment Insurance Act of 1971 made significant changes to that program. Coverage was made universal for all members of the labour force for whom there exists an employer-employee relationship with the exception of those working in inconsiderable employment, i.e., low paying work. Sickness and employment benefits were introduced, unemployment benefits were substantially improved, and special benefits were introduced to be paid on retirement. Employers and employees absorb the benefit cost for initial benefits as well as the administration costs. The federal government's share in financing is confined to the benefit cost for extended benefits as well as the excess costs of initial benefits that are due to the national unemployment rate being greater than four per cent.

The latest development in the field of social security has been the "Working Paper on Social Security in Canada" issued in April 1973. This paper sets out the guidelines for an overall review of the social security system in Canada to be carried out jointly by the federal and provincial governments. It was preceded in January by an announcement, in the Speech from the Throne, of five guiding principles for a review of social security, namely:

- an equitable guaranteed income for persons who cannot work;
- incorporation into the social security system of incentives to work;
- a fair and just relationship among minimum wages, levels of guaranteed income for those who cannot work, and allowances paid to the unemployed;
- flexibility for provinces to adapt programs to local needs;
- review of the social security system to be conducted by the federal and provincial governments.

The working paper sets out a framework of five strategies and fourteen propositions set out within these strategies as the federal government's contribution to this review.

The first is the employment strategy which emphasizes the need to provide people with jobs so that they can have income through employment rather than through social assistance. It recognizes that the main burden of providing jobs must fall on economic policy, but to support economic policy suggests three propositions, namely:

- to remove disincentives to training or employment;
- to provide improved training, counselling and placement services;

— to set up a community activities program.

The second strategy is the social insurance strategy which is supported by one proposition in that social insurance plans such as Unemployment Insurance and the Canada Pension Plan should be the first line of defence against unforeseen losses of income, and the base upon which to build in the provision of retirement income.

The third is the income supplementation strategy which suggests income support for those who have insufficient income from earnings or social insurance and sets out five propositions in this respect, namely:

- that family allowances be increased to an average of \$20 per month and be made taxable;
- income supplementation for the working poor;
- income supplements to a guaranteed income level for those not expected to work — the aged, the disabled, sole support parents with dependent children;
- an option to accept an income supplementation system in lieu of OAS/GIS;
- emergency social assistance.

The fourth strategy is a social and employment services strategy which notes that various social and employment services will be required if the employment and income supplementation strategies are to work. Two propositions are set out:

- provision of personal services — training, counselling, placement, rehabilitation services;
- provision of institutional services such as nursing homes and child care facilities.

The fifth strategy is federal-provincial, dealing with: the desirability of providing the provinces with a certain flexibility which will enable them to vary the benefit levels of federal social programs; the need to avoid extremes in income disparities across the country; and the timing of the social security review. Three propositions are set out in line with this strategy:

- the levels of income guarantees chosen by the provinces must observe the minimum standards set by the Parliament of Canada in respect of programs administered and financed by the federal government;
- the national minimum or norms will be set by Parliament in the interest of promoting national unity through avoiding extremes in income disparity and to determine the total contribution Parliament is prepared to make under the programs;
- there should be gradual implementation — a maximum of two years for review and three to five years for implementation, commencing in 1973.

On January 1, 1974, a new Family Allowances Act came into force whose objective is to provide for the payment of family allowances in

respect of children to supplement the income of Canadian families and for the payment of special allowances to provide for the care and maintenance of other children. The new plan forms part of the income supplementation strategy which, it was agreed, was the basis upon which a federal-provincial review of social security policy might be undertaken.

Also on January 1, 1974 legislation amending the Canada Pension Plan was proclaimed in force. It incorporates some of the recommendations for changes agreed upon at the October 1973 Federal-Provincial Conference of Welfare Ministers. In particular, it raises the maximum pensionable earnings' level, provides for full annual escalation of benefits and restores parallelism between the Canada and Quebec Pension Plans in the areas of income ceilings and contributions, and the escalation of current and future benefits.

Health Care

Canada does not have a national health insurance plan as such, but rather national health programs that achieve their objectives through a series of interlocking provincial plans. If these plans meet the minimum criteria of the federal legislation in such matters as comprehensiveness of insured services, universality of coverage, portability of benefits and public administration, the provinces can receive federal support. The approach to the development of a national health program has been to provide, progressively, major elements of personal health care to virtually the entire population on a publicly financed basis. This can only be achieved with the co-operation of the provinces, who exercise the primary constitutional prerogative in health matters.

The programs are designed to ensure that all residents of Canada have access to needed medical and hospital care on a prepaid basis. The Hospital Insurance and Diagnostic Services Program, which started in 1958, has mandatory in-patient care (including necessary drugs, diagnostic tests, etc.), as well as elective out-patient services, which vary somewhat from province to province. At this time, all provinces and the two northern territories are participating in the Hospital Insurance and Diagnostic Services Program. Ninety-nine per cent of a total population of about 22 million people are covered by this program.

Complementing the Hospital Insurance and Diagnostic Services Program is the federal Medical Care Program which started in 1968. All the provinces and territories are participating in this program. It is estimated that 99 per cent of Canadians are insured under the Medical Care Program, which is following the pattern pioneered in this country by the doctor-sponsored insurance plans, with the difference that the "insurance group" in each province is equal to the entire population of the province. The program is not one of state or socialized medicine but rather of state-sponsored prepaid medical care insurance. A similar observation is pertinent to the hospital insurance program.

The federal government will also contribute, under the Canada Assistance Plan, half the costs of any necessary personal health services not covered by the national health insurance programs and which are provided by provincial social assistance plans to provincial residents in need of assistance.

The provinces are responsible for providing public health services as well as personal health services. In certain instances, these provincial activities are supplemented or complemented by various federal programs

such as: Indian and Northern Health Services, National Health Grants, Health Resources Fund, Food and Drugs Act and Regulations and Quarantine and Immigration Health Services.

HOSPITAL INSURANCE AND DIAGNOSTIC SERVICES PROGRAM

Through the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act passed in 1957, the federal government shares with the provinces the cost of providing specified hospital services to insured persons.

At present, over 99 per cent of the total population of 22 million is covered by hospital insurance. In 1970, 1,284 hospitals were listed under the agreements with the provinces, representing a total of over 148,000 beds. Hospitals receiving reimbursements may include acute general, chronic and convalescent hospitals, but hospitals for the mentally ill, tuberculosis sanatoria and nursing homes or other institutions whose primary purpose is custodial care are specifically excluded.

The main principle behind the hospital insurance program has been to establish and maintain services and facilities leading to better health and health care for the population as a whole. The Hospital Insurance and Diagnostic Services Program was developed to provide a two-pronged approach of hospital care and diagnostic services. Rather than providing fiscal assistance after illness and hospitalization, the program ensures that the necessary coverage is available on a prepaid basis. One of the essential differences between an indemnity program and this service-centred approach is the interest and concern in the latter with the quality of care, effective utilization of beds, and availability of resources.

Although all residents of Canada are eligible for hospital insurance coverage, under the federal law there is an exception made with respect to services for persons who are eligible for similar benefits under other federal or provincial legislation. For example, services provided to workmen under Workmen's Compensation legislation or to veterans under the Pensions Act are excluded from cost-sharing under the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act.

Another basic principle which influenced the development of hospital insurance legislation was the belief that existing traditions should be maintained as much as possible. Therefore, the pattern of hospital care and ownership that existed before 1957 was retained, and provincial autonomy in the matter of health care was not infringed upon. As a result, even today 90 per cent of Canadian hospitals (containing 94 per cent of the beds) are still owned and governed by voluntary bodies. The policy of provincial autonomy allowed each province to decide on the methods to administer and finance its share of the costs of the program, while still ensuring a basic uniformity of coverage throughout the country.

Range of Insured Services

Because health care is primarily a provincial responsibility, the federal

role devolved from a series of individual agreements with each province to meet approximately half the cost. Under such agreements, the province must maintain certain minimum criteria under the federal Act. All of the following must be provided as insured in-patient services:

- accommodation and meals at the standard or public ward level; necessary nursing service;
- laboratory, radiological, and other diagnostic procedures;
- drugs, biologicals, and related preparations as provided in an agreement when administered in a hospital;
- use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies;
- routine surgical supplies;
- use of radiotherapy facilities where available;
- use of physiotherapy facilities where available;
- such other services as are specified in the Agreement.

At the option of the provinces, any of a wide range of out-patient services may also be included, but these vary from province to province.

Provinces may include additional benefits in their plans without affecting the federal-provincial agreement. Some provincial hospital insurance plans, for example, provide additional services such as extended nursing home care and home care. (See Appendix for summary description of Provincial Hospital Insurance Plans).

Methods of Financing

The federal contribution is paid to the provinces with respect to insured in-patient and out-patient services and amounts to approximately 50 per cent of the costs of these services. Shareable costs under the agreements with the provinces do not include most capital costs but may include the cost of moveable equipment and most types of fixed equipment specifically required by a hospital.

Provinces finance their portion of the costs using a variety of methods including general provincial revenues, premiums, and sales tax. In a few provinces, there is a minimal authorized charge at the time of hospitalization.

Both Alberta and Ontario levy combined hospital and medical care premiums, but these are waived for persons over 65 and their dependants in the family premium unit. Alberta supplements its hospital premiums with a small registration fee on the first day of hospitalization in a general or federal hospital and a modest utilization charge for each hospital day is required beyond the 120th day of hospitalization in an auxiliary hospital.

The hospital plans of British Columbia, Saskatchewan, Manitoba, Quebec, New Brunswick, Nova Scotia, Prince Edward Island, Newfoundland, the Yukon and the Northwest Territories are financed primarily through general provincial revenues. However, both British Columbia and the Northwest Territories supplement this source through low utilization fees, and Nova Scotia utilizes part of its sales tax revenues.

Coverage

Coverage is automatic or compulsory in most provinces, but the plan in Ontario is operated on a voluntary basis, except in the case of employee groups of 15 or more persons who are residents of Ontario. Alberta residents may also opt-out of the coverage of the provincial hospital and medical care plans. Coverage is available to all residents of a province on equal terms and conditions and cannot be denied on grounds of nationality, age, income or pre-existing conditions. Hospital insurance coverage is portable anywhere in the world during periods of temporary absence, although subject to a provincially-regulated maximum on benefits received outside the country. The individual may select the hospital in which he wishes to be treated and entitlement for insured services provided is limited only by medical necessity.

MEDICAL CARE PROGRAM

The federal Medical Care Program is basically a grant-in-aid program which assists the provinces in making it possible for all residents of Canada to have financial access to necessary medical care on a non-profit, pre-paid basis. This program covers all medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental services provided by dental surgeons in hospitals.

Before any province is eligible for federal cost-sharing, its medical care plan must adhere to four principles, the so-called "Four Points", laid down in the Federal Medical Care Act.

- 1) The plan must provide, as a minimum, comprehensive coverage for all medically required services rendered by physicians, without dollar limit or exclusions, provided there is medical need, unless coverage is available under other legislation. The plan must be administered in such a way that there is no financial impediment or preclusion to an insured person receiving necessary medical care. Provision is made to add other professional services as benefits, when the federal government considers this desirable, and certain surgical-dental procedures of dental surgeons when rendered in hospital were included from the beginning.
- 2) Coverage must be available to all eligible residents on uniform terms and conditions and covering no less than 95 per cent of the population. Premium discrimination on the basis of previous health, age, non-membership in a group, or race is not permitted, but there may be premium subsidization in whole or in part for low-income groups or the elderly if all qualifying residents are treated equally.
- 3) Benefits must be portable when the insured is temporarily absent anywhere in the world and also when he is changing jobs or retiring or moving his place of residence from one participating province to another.

- 4) The plan must be non-profit and administered by a public agency accountable to the provincial government for its financial transactions. (See Appendix for summary descriptions of Provincial Medical Care Insurance Plans.)

Methods of Financing

When all the above criteria have been met, the federal government contributes an annual sum equal to half the national per capita cost of insured services multiplied by the average number of insured persons in that province. Co-insurance or deterrent charges are not ruled out by the federal act, provided that they are not of such magnitude as to violate the principle of universality by denying service to low-income groups. Since the implementation of the Act, only one province, Saskatchewan, charged a deterrent fee, but this was abandoned in 1971.

As with hospital insurance, a variety of methods are used at the provincial level to finance its share of the cost. Combined hospital and medical premiums are charged in Ontario and Alberta, but are waived for those over 65. Premiums partially finance the plans of British Columbia and the Yukon, the remainder of the cost being covered by general revenues.

No medicare premiums are charged in Manitoba, New Brunswick, Nova Scotia, Prince Edward Island, Newfoundland, Saskatchewan or the Northwest Territories, where the plans are financed through general revenues. Quebec levies a special income tax surcharge and a matching levy on employers to finance its program.

Coverage

All residents of each province and territory are eligible for coverage. The only exclusions are persons eligible for similar benefits under other federal or provincial legislation, such as services provided under Workmen's Compensation legislation, the armed forces, the Royal Canadian Mounted Police, war pensioners and inmates of federal penitentiaries.

Coverage by the combined plan in Ontario is on a compulsory basis for employee groups of 15 or more persons, but is voluntary for others. British Columbia's plan is totally voluntary. In the Yukon, premium payment has been divorced from entitlement to benefits and Alberta residents may opt out of the combined coverage of the provincial plans on a yearly basis.

All residents are insured in non-premium provinces. As with hospital insurance, the patient is free to choose his physician when seeking treatment. Many provincial medical plans also provide additional benefits beyond those of the federal program, such as optometrical services.

In all provinces, provision has been made for physicians to "opt out" of the medical care plan and to bill their patients directly, rather than through the public authority. Doctors who have opted out are generally required to inform their patients of their intention before billing them, and

they usually charge more than the benefit payable by the provincial plan in respect of their services. This means that the patients are not usually reimbursed for the full amount when they submit their bills to the provincial medical care plan for payment. "Opting out" by physicians is not a particularly widespread phenomenon in most provinces, being limited to less than 10 per cent of all doctors. In some provinces no doctors have opted out. Many of the non-participating doctors, however, do not, in practice, bill for a fee higher than the plan benefit if they are aware of an individual's financial difficulties.

Payments for insured services are generally based on a percentage of the provincial schedule of fees. Most doctors are willing to accept such a level of payment as being payment in full due, largely, to the virtual elimination of bad debts.

HEALTH INSURANCE SUPPLEMENTARY FUND

In 1966-67, a Hospital Insurance Supplementary Fund was established to pay hospital insurance claims in respect of insured services incurred by a resident of Canada who, through no fault of his own, ceased to be eligible for, and entitled to, insured services under the provincial hospital insurance plans.

With the advent of the Medical Care Program, the need arose to cover medical services on a similar basis and, as of July 1, 1972, a new Health Insurance Supplementary Fund was established replacing the existing Hospital Insurance Supplementary Fund. The new fund provides for the payment of claims for health services (hospital insurance and medical care services) covered for cost-sharing under the Hospital Insurance and Diagnostic Services and the Medical Care Acts for residents of Canada who have been unable to obtain coverage or have lost coverage through no fault of their own.

CANADA ASSISTANCE PLAN

Although most basic health care costs are covered by the above programs, there still exists a need in certain quarters for benefits supplementary to those already provided. In the case of needy citizens, it is possible for the federal government to finance, through the Canada Assistance Plan, half the cost of other health care services such as dental services, prescription drugs or eyeglasses, which are provided by provincial social assistance plans. Likewise, provincial plans can provide assistance to needy persons for care in homes for the aged and nursing homes. Eligibility for such assistance is, however, dependent upon a means test. Each province administers its social assistance programs, including supplementary health care, as it sees fit, and there is no uniformity between them.

VOLUNTARY HEALTH INSURANCE

Additional coverage for the balance of the population is either paid for entirely by the individual himself or can be purchased through a private carrier. At its discretion, any carrier can market coverage for drugs, dental services, ambulance services, special nurses, allied health professionals, prosthetic appliances, the cost of preferred accommodation in an active treatment hospital and/or of extended care accommodation. However, most commercial carriers have displayed a reluctance to market coverage on a non-group basis, and most of the above benefits have been included under "major medical" contracts.

Social Security Measures Available to Specific Groups

PERSONS IN NEED

Assistance for persons in need is provided mainly under provincial social assistance programs. Their costs are shared with the federal government under the Canada Assistance Plan. The federal government also shares in the cost of assistance to persons in need under the Blind Persons Act and the Disabled Persons Act, which are administered by the provinces. Veterans in need and needy Indians and Eskimos are assisted under special federal government social assistance programs specifically designed for these groups and are discussed separately (See pp. 66 & 71). In certain areas, public housing is provided to persons with incomes below a specified level.

Provincial Social Assistance Programs

All provinces make legislative provision for assistance to persons in need and their dependents, including mothers with dependent children and those whose benefits under other social security programs are not sufficient to meet their needs. Some provinces have programs for the blind and the disabled and aid all needy persons under a general program which has only one criterion for eligibility, namely need, regardless of its cause. Other provinces administer assistance to categories of persons with long-term need: mothers with dependent children; disabled persons; the aged, and in two provinces, widows of 60 years of age or over. Aid to persons with short-term need is then administered by the local authority.

The provincial departments of public welfare set rates of assistance and conditions of eligibility. They have regulatory and supervisory powers over the municipal administration of assistance, and require certain standards as a condition of provincial aid. Period of residence is not a condition of aid in any province. In four provinces, however, municipal residence determines the financially responsible authority, the provincial authority taking responsibility for persons not living within a municipality.

In addition to allowances to cover items of basic need, such as food, clothing, shelter, fuel and utilities, all provinces make provision for items of special need and for welfare services. These can be rehabilitation services, expenses incidental to education or to obtaining employment, counselling, and homemaker services. Health care is also provided (see page 22). Assistance may also take the form of institutional care. Institu-

tions for the aged and infirm as well as those for children are operated under provincial, municipal or voluntary auspices.

Canada Assistance Plan

The Canada Assistance Plan provides a single administrative framework for the federal government to share with the provinces the costs of assistance and of certain health and welfare services for persons in need. This Plan has superseded the Unemployment Assistance Act in all jurisdictions except the Northwest Territories and two provinces, where it is being phased out. It is still in effect in these jurisdictions, during this transitional period, to cover cost-sharing in certain residual means test programs not shareable under the Canada Assistance Plan.

The Canada Assistance Plan authorizes the federal government to assume 50 per cent of the costs of assistance to persons in need and of improving or extending welfare services. It covers those costs previously shared under the Unemployment Assistance Act, that is, payments to employable and unemployable persons in need, costs of maintenance of needy persons in homes for special care, such as nursing homes or homes for the aged, and costs of supplementary assistance to needy recipients of old age security pensions, blind persons' allowances, disabled persons' allowances and unemployment insurance benefits. It also extends federal sharing to: assistance to needy mothers with dependent children; maintenance of children in the care of provincially-approved child welfare agencies; health care services to needy persons; and the extension of welfare services designed to prevent and remove the causes of poverty and to assist persons receiving assistance to achieve the greatest possible degree of self-support.

The provinces have the option of maintaining a separate administration for blind persons' and disabled persons' allowances or of amalgamating these with their general programs where costs are shared under the Canada Assistance Plan. Accordingly, a number of provinces no longer accept applications under these categorical programs, although the programs remain in effect to cover allowances for a residual group of recipients not eligible for transfer to the general program.

The only eligibility requirement under the Canada Assistance Plan legislation is that of need, regardless of its cause and without reference to the applicant's employment status. Need is determined by a means test which takes into account the applicant's budgetary requirements and his income and resources. Previous residence in the province may not be required as a condition of eligibility of assistance or for continued assistance. Rates of assistance and conditions of aid are set by the provinces but maximum amounts are not set. The resulting flexibility enables the province to adjust rates to local conditions and to take into account the needs of special groups by providing a differential in benefits or conditions of eligibility.

The province may opt for an agreement whereby the federal government pays 50 per cent of the costs of work projects aimed at preparing a person in need for the labour market. Under another agreement, it pays more than 50 per cent for provincial welfare services to Indians on reserves, Crown lands or in unorganized territory.

During the fiscal year ended March 31, 1972, the federal share of costs under the Canada Assistance Plan was \$456 million, excluding payments to the province of Quebec. Payments to Quebec under the Established Programs (Interim Arrangements) Act, under which that province elected to receive compensation, amounted to \$271.5 million. The federal share of Unemployment Assistance costs was \$1.6 million, including \$0.4 million to Quebec.

Low-Budget Housing Program

Under the National Housing Act (NHA) the federal government promotes construction of new houses, repair and modernization of existing dwellings and improvement of Canadian housing and living conditions. The prime thrust of the federal legislation is to provide adequate accommodation for citizens on fixed or limited incomes.

The Act is administered by the Central Mortgage and Housing Corporation (CMHC), established in 1945 as the federal housing agency. The Corporation reports to Parliament through the Minister of State for Urban Affairs.

In addition to providing financial aid for the acquisition of self-contained housing units and hostel accommodation for low-budget families, elderly persons, students, and physically or mentally handicapped individuals, the Act also provides assistance for the construction of housing for an open market, land assembly, development and servicing, and sewage treatment projects.

The housing may be either new construction or existing dwellings renovated and converted for appropriate uses. Various public and private agencies may avail themselves of this assistance. Eligibility for occupancy of low-rental accommodation is linked to the occupant's income and family size. Preference is given to families or individuals who are unable to obtain suitable accommodation at a price within their means.

Since mid-1969, the federal government has been placing increasing emphasis on the housing of low-income people and on providing essential recreational facilities associated with this "social housing". In 1972, 85 per cent of the federal housing budget was directed to this aspect of the program.

To provide housing for those who cannot afford open-market rentals yet are ineligible for public housing, CMHC makes direct loans to entrepreneurs or non-profit corporations to provide low-rental accommodation. Loans to entrepreneurs and provincially owned non-profit corporations cover up to 95 per cent of the CMHC lending value of the project for up to

50 years and at preferred interest rates. Loans to private and municipally-owned non-profit corporations cover up to 100 per cent of construction cost and are made on the same terms as those to entrepreneurs. Any non-profit corporation may apply to CMHC for a contribution not exceeding 10 per cent of the cost of the project. Privately sponsored organizations may receive "start-up" funds of up to \$10,000.

An entrepreneur is a private developer who undertakes to construct, hold and manage a low-rental housing project. A non-profit corporation is one in which no part of the income is payable or otherwise available for the personal benefit of any proprietor, member or shareholder. Regardless of sponsorship, and as a condition of the loan, rental charges are set by CMHC at a level that ensures them to be below open market charges for similar accommodation. CMHC also sets the income level of the prospective tenants.

Between 1946 and the end of 1972, through loans to private developers, 85,959 self-contained dwelling units and 2,063 hostel beds were provided. The first loan to a non-profit corporation was approved in 1964. By the end of 1972, a total of 18,021 units and hostel accommodation for 35,527 persons had been made available.

Of the total accommodation provided under this provision of the Act since 1946 (103,908 units and 37,590 beds), over 61 per cent of the units and nearly 80 per cent of the dormitory accommodation were provided between 1968 and 1972. The aggregate of all direct loans involved during that time was in excess of \$945 million.

Assistance for the construction of subsidized public housing is another form of aid offered under the NHA. It may take the form of a direct loan by CMHC to a provincial or municipal housing agency or be a cost-sharing agreement on a 75:25 per cent basis between the federal and provincial housing authorities. The former involves the negotiation of a long term loan to cover up to 90 per cent of cost, and may also include a provision whereby the federal government agrees to bear, or subsidize, one half of any operating losses which may be incurred. In the latter case, construction costs and operating losses are shared by the partners in the contract, 75 per cent by the federal authority and 25 per cent by the province. In either case, rentals are geared to income and family size.

From 1950 to the end of 1972, federal-provincial partnership resulted in the provision of 28,384 public housing units and hostel accommodation for over 200 persons. Since 1946, when the federal public housing loan arrangements were first introduced, 92,242 dwellings and 994 hostel beds have been provided. Again, the bulk of this activity has taken place in the last five years, 77,000 out of about 92,000 units supported by loans approximating \$1,012 million. The total estimated federal subsidy for both programs in 1972 was in excess of \$29 million.

The high level of federal support for social housing maintained over the past five years has been continued into 1973. Its scope has even been

increased through the introduction of programs aimed directly at the needs of low and moderate-income people. The objective of this new legislation is to bring an acceptable standard of housing accommodation within the reach of a wider group of income ranges than was previously possible.

Legislation approved in June 1973 provides direct subsidies to low-budget home-owners, 100 per cent financing and direct grants to non-profit organizations and co-operatives providing housing for low-income occupants, and a system of loans with forgiveness features and grants for the rehabilitation of private substandard dwellings in areas selected for neighbourhood improvement.

Beyond the housing field as such, the new legislation includes new kinds of activity in the broader but related area of urban affairs. Federal aid is now available to provinces and municipalities for launching local neighbourhood improvement programs and for developing plans for urban growth and development which look to the creation of new communities. The former places emphasis on the conservation, improvement, and protection of existing urban neighbourhoods now threatened with continued deterioration, shifting land use, and eventual dissolution as viable residential communities. The latter will facilitate the development of urban growth strategies as an alternative to the mere extension of existing built-up urban perimeters. The aim is to permit a better choice of sites for urban growth, not merely from the point of view of the urban environment itself, but also to preserve existing agricultural and recreational land and protect the natural environment.

Under the Northern Rental Housing Program, administered by the Department of Indian Affairs and Northern Development, the Eskimo and Indian people in the Northwest Territories are provided with three-bedroom houses complete with basic furniture, heating, electricity and any municipal services that may be available. Priority for occupancy is based on need and rents are related to family income with a minimum charge of \$2 per month. Over 2,000 families now occupy this type of housing.

AGED PERSONS

Social security measures for retired persons consist of income security programs for the elderly, social assistance payments, welfare services and income support received under private pension plans.

The income security measures are the Old Age Security pension, Guaranteed Income Supplement, and the Canada and Quebec Pension Plan retirement pensions. All persons satisfying the age and residence requirements are entitled to receive the Old Age Security pension. Old Age Security pensioners whose incomes fall below a specified level are entitled to supplements under the Guaranteed Income Supplement program. Contributors to the Canada and Quebec Pension Plans are entitled to retirement pensions under those Plans and their survivors receive survivors' benefits

(see section on Survivors for further information on survivors' benefits). These income security measures are designed to provide a minimum basic income on retirement as it is expected that a person will also contribute, by his own initiative, planning and savings, to his own retirement income. If those sources are insufficient to meet his basic needs, he can seek supplementary social assistance from the province.

Canada and Quebec Pension Plans

A retirement pension is payable to qualified retired contributors to the Canada, or Quebec, Pension Plan.

In 1965, the enactment of the Canada Pension Plan added an important new component to Canada's social security system. The Plan was designed to provide an earnings-related retirement pension for members of the labour force. It also provides benefits to disabled contributors and their dependent children and to survivors of deceased contributors. At a contributor's death, a lump sum death benefit and monthly benefits are available for his widow and surviving children. The Plan went into operation in January 1966, and the first retirement pensions were paid in January 1967.

The Canada Pension Plan does not operate in a province which has established a comparable Plan. The only province to do so is Quebec. Until 1972 the Canada and Quebec Pension Plans were closely co-ordinated and operated as one and the same Plan. In 1972, Quebec amended the Quebec Pension Plan with respect to the earnings ceiling, maximum escalation factor in the Pension Index, retirement test and benefits for widows, disabled widowers, disabled persons, orphans and children of a disabled contributor.

A Bill amending the Canada Pension Plan, which was assented to on December 12, 1973 and proclaimed in force January 1, 1974, incorporates some of the recommendations for changes agreed upon at the October Conference of federal and provincial Ministers of Welfare. In particular, it raises the maximum pensionable earnings level, provides for full escalation of benefits and restores parallelism between the Canada and the Quebec Pension Plans in the areas of income ceilings and contributions, the escalation of current and future benefits.

This legislation raises the ceiling on pensionable earnings from the present \$5,600 to \$6,600 in 1974 and \$7,400 in 1975, with corresponding changes in the contribution rates. The year's basic exemption will be raised automatically to \$700 in 1974 for employees and the amount self-employed persons must earn to contribute is to be raised from \$800 to \$900. (Amendments to the Quebec Pension Plan increased the ceiling from the present \$5,900 to \$6,600 in 1974 and \$7,400 in 1975).

Effective in 1974, the two percent ceiling on the escalation of benefits will be removed and annual increases in the Consumer Price Index will be fully reflected in the escalation of benefits payable under the Act.

Coverage

The Canada Pension Plan covers all employees who earn over \$700 and all self-employed persons who earn \$900 or more in a calendar year, provided they are between the ages of 18 and 70. Employees and self-employed persons who earn less than the above limits in a calendar year are not covered by the Plan for that year. Also excluded from coverage are casual employees, family workers and some migratory workers.

Qualifying Conditions

To be eligible for a retirement pension a contributor need only make one contribution, but a retirement pension paid on the basis of a single contribution is, of course, very small. For a disability pension the contributor must be so disabled that he is unable to pursue substantially gainful employment. Also, he must have made contributions for at least one-third of the years in which he could have contributed to the plan or for each of ten years, whichever is smaller, but for a minimum of five years. To ensure that the person has recently been attached to the labour force, he is also required to have contributed for at least five of the last ten years in which he could have contributed up to the time of his disability. To render his survivors eligible for benefits, a contributor must have made contributions for one-third of the years for which he might have contributed or ten years, whichever is less, subject to a minimum of three years.

Financing

The Canada Pension Plan is financed by contributions from employees, employers, and self-employed persons and by interest earned by the fund. The first \$700 of each contributor's annual earnings is exempt from contributions. On earnings above that amount, and up to the 1974 maximum on pensionable earnings of \$6,600 a year, the employee makes a contribution of 1.8 per cent, his employer paying a matching contribution. Self-employed people, being in effect both employer and employee, contribute at the combined rate of 3.6 per cent, also on annual earnings between \$700 and \$6,600 provided that they earn at least \$900 in that year.

Retirement Pension

The full retirement pension is 25 per cent of a contributor's average pensionable earnings. His pensionable earnings include not only those earnings on which contributions were made, but also the \$700 that was exempt from contributions. In the calculation of a contributor's pension, his earnings for each year are adjusted so that they bear the same relationship to the maximum pensionable earnings in force at the time the pension begins that they bore to the upper limit prevailing in the year in which they were actually received. In this way, past earnings are revalued to their current equivalent before his average earnings are calculated. His total adjusted pensionable earnings under the program are averaged over the

entire period from the start of the program on January 1, 1966, or from age 18, whichever is later, to the date the pension is first paid. In no case are they averaged over less than 120 months unless a disability pension has been paid to the contributor in the interim. Consequently, during the first ten years of the program, only partial retirement pensions are payable. Not until 1976 will full retirement pensions first become payable.

After 1975, certain periods of low earnings, or no earnings at all, and the earnings themselves, can be disregarded in determining the average earnings on which retirement pensions are to be based. Pensionable earnings received between the ages of 65 and 70 may be substituted for lower or nil earnings of earlier periods of the same duration. The earlier periods are then dropped from the calculations. In addition, 15 per cent of the contributory period then remaining and the earnings of that period are disregarded, provided that the reduced contributory period is not less than 120 months. These drop-out provisions make it possible for a person to receive a higher pension than he would otherwise receive.

A retirement pension is payable at any time between the ages of 65 and 70, provided the contributor has retired from regular employment. In 1974, if he earns \$1,140 a year or less, he is considered to be retired for purposes of applying for his pension. Those taking up employment after starting to draw a retirement pension will be required to pass an earnings test. For earnings from work of between \$1,140 and \$1,900 in any year, the pension will be reduced by one-half of the excess of actual earnings over \$1,140, the maximum reduction in this range being \$380. When annual earnings exceed \$1,900, the retirement pension will be reduced by \$380 plus all earnings in excess of \$1,900. However, no reduction will be made in the pension for any month in which the pensioner's earnings are \$94 or less, no matter what his earnings are for the entire year. The pension is payable at the full rate when the person attains 70 years of age regardless of any current earnings.^{4/5/} Retirement and earnings test limits will be adjusted with changes in the Earnings Index.

Adjustment of Benefits

Once they start to be paid, CPP monthly benefits are subject to annual adjustments in accordance with increases in the Consumer Price Index. Benefits are payable no matter where the beneficiary lives, whether in Canada or abroad.

The contributory limits under the Canada Pension Plan are automatically adjusted with changes in the economy. In 1966 and 1967 the

^{4/}In the Speech from the Throne of February 27, 1974, legislation was proposed to remove from the Canada Pension Plan the earnings' test now required for people aged 65 to 69.

^{5/}The Quebec Pension Plan has a retirement test which reduces the pension by one half of the earnings in excess of \$1,140.

limits were \$600 and \$5,000. The upper limit was increased to \$5,100 in 1968 and \$5,600 in 1973 and an amendment to the Plan raised the ceiling to \$6,600 in 1974 and \$7,400 in 1975. Legislation will be introduced in 1974 to provide for the earnings' ceiling to increase by 12½ per cent per year until it reaches the average level of the Industrial Composite Wage Index.

Administration

The Department of National Health and Welfare administers the Canada Pension Plan through its head office in Ottawa and the district and local offices located in various centres across Canada. Contributions are collected by the Department of National Revenue.

Old Age Security

Universal Old Age Security pensions began in January 1952 and provided a universal benefit of \$40 a month to every person in Canada aged 70 or over who met the residence requirements of 20 years immediately preceding approval of the application. If there were gaps in this period, a person had to be resident in Canada for a time totalling twice the length of the gaps, one year of which had to be the year immediately preceding approval of the pension. Over the years, amendments to the legislation have increased the level of benefits, lowered the age of eligibility and relaxed the residence requirements.

The rate of benefit was increased several times so that, by October 1963, it stood at \$75 per month. Minimum residence requirements were reduced to ten years immediately preceding approval of the application, with the provision relating to gaps remaining unchanged.

The Canada Pension Plan, which went into operation in January 1966, provided an additional earnings-related retirement pension for all who contributed amounting to a maximum of 25 per cent of previous average earnings. When the Plan was passed, amendments were made to lower the pensionable age under the Old Age Security Act as well as under the Pension Plan. It was reduced one year per year so that, by 1970, the pensionable age under the OAS program and CPP had been lowered to 65.

The OAS pension was adjusted by increases in the Pension Index, which was developed for the Canada Pension Plan. This increased the monthly pension from \$75 to \$76.50 in 1968, to \$78 in 1969 and to \$79.58 in 1970.

From 1970 onward, one amendment followed another: in January 1971, the OAS pension was set at a flat \$80 per month; as of January 1972 the basic pension was escalated to reflect the full increase in changes in the Consumer Price Index; in April 1973, it was raised to \$100; and, in October of the same year, what has been described as "one of the key measures in a list of steps the government will be taking to counteract the effect of prices on consumers" provided for quarterly, rather than annual, escalation. As a result, the basic pension rose to \$105.30 on October 1, 1973, \$108.14 in January 1974 and to \$110.09 effective April 1, 1974.

Qualifying Conditions

The Old Age Security pension is payable to a person of a certain age who has resided in Canada for ten years immediately prior to the approval of his application. Any gaps in the ten-year period may be offset if the applicant had been present in Canada after the age of 18 for periods of time equal to three times the total of the gaps. In this case, however, the applicant must also have resided in Canada for one year immediately prior to the month in which his application for pension may be approved. The pension is also payable to persons of age who have left Canada before reaching that age but who have had 40 years of residence in Canada since the age of 18. A pensioner may absent himself from Canada and continue to receive payments. If he has lived in Canada for 20 years since his 18th birthday, payment outside of Canada may continue indefinitely. If not, payment is continued for only six months after the month of departure and is resumed only upon his return to Canada.

Administration

The program is administered by the Department of National Health and Welfare through regional offices located in each provincial capital, to which application is made for the pension. The regional office in Edmonton administers accounts for, and receives applications from, residents of the Yukon and the Northwest Territories.

Old Age Security Statistics,
Years Ended March 31, 1967 to 1972

Year	Recipients	Expenditures (\$)
1967	1,229,561	1,033,408,230
1968	1,366,210	1,153,283,794
1969	1,504,862	1,296,849,281
1970	1,670,639	1,467,056,517
1971	1,720,128	1,627,219,132
1972	1,762,834	1,679,295,257

Guaranteed Income Supplement Program

A 1966 amendment to the Old Age Security Act provided for the payment of a monthly Guaranteed Income Supplement to Old Age Security pensioners who have little or no income other than the OAS pension. The program was started on January 1, 1967, at which time the maximum supplement was \$30 a month. After 1967, the supplement was 40 per cent of the Old Age Security pension, and by 1970 the maximum supplement was \$31.83 per month.

Under the December 1970 amendment of the Act, effective April 1, 1971, the maximum monthly supplement was raised to \$55 for a single pensioner and a single pensioner couple and to \$95 for a married couple

with two pensioners. The maximum monthly supplement was escalated using the Consumer Price Index, subject to a 2 per cent ceiling, applied to the combined amount of the Old Age Security pension and the Guaranteed Income Supplement. The entire increase in the maximum benefit was then added to the supplement. An amendment to the OAS Act in May 1972 provided for the escalation of the basic Old Age Security pension and the Guaranteed Income Supplement to reflect the full annual increase in the Consumer Price Index. On January 1, 1972, the basic Old Age Security pension was increased to \$82.88 per month and the Guaranteed Income Supplement to \$67.12 for a single pensioner and a married couple with one pensioner and to \$59.62 for each spouse of a married couple both of whom are pensioners. When the basic OAS pension was raised to \$100 per month, the maximum GIS rose to \$70.14 and \$62.30. With the quarterly escalation that became effective October 1973, the OAS pension and maximum GIS benefits were increased then and again on January 1, 1974. Effective April 1, 1974, the maximum GIS for a single pensioner, or a married couple with one pensioner, rose to \$77.27 which, with the OAS pension of \$110.09 provides a minimum monthly guarantee of \$187.31. For a married couple of two pensioners, the maximum GIS is \$68.58 each with their OAS pensions, provides them with a minimum monthly guarantee of \$357.34.

Pensioners with income other than their old age security pension may receive partial benefits. The maximum supplement is reduced by \$1 a month for every full \$2 a month of income over and above the Old Age Security pension and any Supplement that may have been received. Income for this purpose is the same as that computed in accordance with the Income Tax Act. In the case of a married couple, each is considered to have one-half of their combined income. Where one spouse will not be receiving an Old Age Security pension at any time in the current year, six times the amount of the monthly Old Age Security pension is deducted from one-half of the combined income in calculating the income of the pensioner for Guaranteed Income Supplement purposes.

Payments will not be made to married couples unless both spouses submit returns. However, in order to prevent undue hardship when no statement of income is obtainable from one of the spouses, the other, in certain circumstances, may be deemed to be single for purposes of determining income. Furthermore, although marital status is determined as at March 31 of the year preceding the benefit year, even if this status changes in the current year, a special provision allows a person to be deemed either married or single in the preceding year.

Guaranteed Income Supplement Statistics
for the Month of May, 1967 to 1972

Year	Recipients	Expenditures (\$)
1967	677,558	19,673,183
1968	736,018	20,114,149

1969	776,638	21,773,914
1970	814,960	22,820,924
1971	952,873	43,965,472
1972	961,880	46,315,128

Social Assistance Supplements

Elderly persons not eligible for income support under the Old Age Security pension program or the Canada Pension Plan, and who are in need, may receive assistance under provincial social assistance programs. Others who are in receipt of income support under the OAS, GIS and CPP programs may receive supplementary payments over and above these benefits from the provincial assistance programs. Such assistance is determined by an individual assessment of need, which takes into consideration the recipient's requirements and resources and is shareable with the federal government under the Canada Assistance Plan.

In some provinces the income ceiling for persons aged 65 or over is the same as for other social assistance recipients, and the amount of the supplement is the gap between anticipated income and the ceiling established by the provincial needs schedule. In other provinces, additional allowances are made for the special needs of the elderly or handicapped. Under the Guaranteed Minimum Income Assistance Act initiated in British Columbia in December 1972, the following categories of people are guaranteed an income from all sources of \$213.85 for a single person and \$427.70 for a married couple if both are eligible: recipients of the Old Age Security pensions and the Guaranteed Income Supplement; those not eligible for OAS; persons between the ages of 60 and 64. The same amounts are given to handicapped people of all ages under The Handicapped Persons Income Assistance Act.^{6/} There are no limitations on assets except for the handicapped.

Private Pension Plans

The enactment of the Canada and Quebec Pension Plan legislation emphasized the need for uniform private pension legislation across Canada. Ontario amended the Ontario Pension Benefits Act effective July 30, 1965, and Quebec enacted the Supplemental Pension Plans Act effective July 15, 1965. The Pension Benefits Act of Alberta came into force on January 1, 1967, and that of Saskatchewan was assented to on April 1, 1967. The provincial legislation governs all pension plans operating on and after the effective date in the particular province. Similar legislation at the federal level, the Pension Benefits Standards Act, was assented to on March 23, 1967, and is applicable only to those pension plans which have members employed in works, undertakings, and businesses (for example, banks and interprovincial transportation and communication) that are under federal

^{6/}See section on Provincial Social Assistance.

jurisdiction.

Under the above acts, basic standards have been established which pension funds, or plans organized and administered to provide a pension benefit to employees, must accept to receive registration. Only registered plans are allowed to operate.

By agreement, each of the provinces mentioned above may recognize similar legislation of the others, so that a pension plan which has been registered and reports in one province may not have to seek registration, or duplicate all its reporting procedures, in another of these provinces if it extends its operations to employees in that other province. The legislation requires that an employee's benefit under a pension plan becomes fully vested (i.e., that he has full entitlement to those benefits which will be paid him on retirement) when he reaches 45 years of age and has completed either a minimum of ten years' membership in a pension plan or ten years' service with the one employer. Moreover, should the employee leave his job or resign his membership in a plan prior to retirement, at least 75 per cent of his total benefits under the plan must be locked-in for his pension, allowing him to withdraw not more than 25 per cent of the commuted value of these benefits in a lump sum.

Other provisions of this legislation are: to ensure the full solvency of these pension plans within a specified period of time; to restrict the types of investments which may be made by the pension fund; to provide that an employee's pension rights are portable if he should change his job; and to establish that each interested party to a pension plan is adequately informed as to the provisions of the plan.

The number of operating plans and their membership in Janauary 1970⁷ were:

	Number of Plans	Membership
Contributory	12,192	2,204,002
Non-contributory	3,945	618,334
TOTALS	16,137	2,822,336

Many pension plans may be adjusted to take into account benefit payments made under public income maintenance measures, such as the Old Age Security program and the Canada and Quebec Pension Plans. Adjustment of private pensions to public income support programs is not compulsory by legislation, but persons responsible for these plans are free to make the adjustment if they so wish. Adjustment with the Old Age Security pension is intended to average retirement incomes for persons retiring prior to the age at which they qualify for an OAS pension. By this means, higher payments can be made under the private pension which will be reduced when the OAS pension becomes payable. Adjustments of private plans with the Canada and Quebec Pension Plans is intended to reduce private

⁷/Survey of Pension Plan Coverage, 1970; Statistics Canada, Ottawa.

pension contribution costs for employees and employers where the combination of public and private pension schemes will produce an adequate retirement income.

General Services for the Aged

In addition to income maintenance payments to the aged and the health and hospital care services provided to this group and discussed later, welfare and other services are being made increasingly available to older persons. These include visiting homemaker and nursing services, meals-on-wheels, recreation facilities and other measures to help elderly persons live independently in their own homes.

Progress is being made in all regions in the provision of low-rental, self-contained accommodation for elderly persons able to manage on their own. Similarly, accommodation for those requiring care in congregate living arrangements (nursing homes, homes for the aged, hostels, lodges) is being increased. Standards of institutional care continue to improve and a growing number of homes now offer specialized care to meet the varied needs of elderly people.

With the exception of certain federal institutions for older handicapped veterans, and a few provincial ones serving various purposes, depending upon where they are located, institutions for aged and infirm are administered by voluntary groups and local government authorities. Provincial assistance to these facilities has grown over the years. Financial help is given in different forms by the provinces — capital grants, maintenance grants, per diem payments in respect to residents or patients. In addition, provincial standards have been developed and arrangements for supervision and consultation established.

Provincial legislation in several provinces provides for the supervised care of elderly people in small proprietary boarding homes. In Newfoundland and British Columbia, older persons in receipt of public assistance may be placed in provincially licensed boarding homes which must meet established standards of care. Boarding homes for the aged in Manitoba and New Brunswick are licensed under public health regulations. Under The Homes for the Aged and Rest Homes Act in Ontario, elderly persons eligible for admission to a municipal home for the aged may, in lieu of institutional care, be placed in an approved private boarding home (foster home) which is regularly inspected.

A special division, office, or advisory service on aging has been established within the framework of a number of provincial government departments of welfare. Voluntary councils or committees on aging have been organized on a provincial basis in several provinces, either as separate bodies or as a specific entity within provincial welfare councils. A similar development is occurring in an increasing number of local communities across the country. One of their major goals is to improve and increase services for the aged. Examples of local developments include: the Winnipeg

Age and Opportunity Centre, Incorporated, which provides such services as information, counselling, referral, and employment, and operates a housing registry and several senior centres; the Social Planning Council of Metropolitan Toronto, which has continuing concern in the exploration of the needs of older people, conducts studies in relation to these and supports the founding of special services such as the Community Information Centre, established in 1970, which is sponsored by the United Community Fund and has a specialist on aging attached to it; and the Edmonton Society for the Retired and Semi-Retired which offers an information and referral service for older persons and their families, counselling, drop-in centre, monthly news letter, telephone reassurance service, volunteer visiting and so on.

A few provinces have implemented tax and rental rebates for senior citizens, or programs for the entire population which includes older citizens. In some local communities, older persons enjoy discounts offered by various businesses such as drug stores, beauty parlors, barber shops and theatres. Reduced transit fares for older persons are becoming increasingly common in cities across the country and reduced airline and railway fares are also available. Health insurance premiums are paid on behalf of senior citizens in some provinces. In Saskatchewan and Manitoba, older people who are home owners and who qualify for the Guaranteed Income Supplement are eligible for grants to help them towards the upkeep of their homes.

Opportunities for Older People in the Use of Leisure

The New Horizons Program for retired Canadians was introduced by Health and Welfare Canada in September 1972. It offers cash grants to groups that they may undertake activities of their own choice and design which will keep them in the mainstream of Canadian life. The program has three objectives: to encourage retired persons to participate in community life; to offer retired persons an opportunity to put their knowledge and experience, so often unused, to work for their own benefit and that of others; and to build friendships and encourage mutual aid among retired persons themselves and between retired persons and others in their community.

The Society for the Study of the Heritage of Canada has been enabled, through funds granted by the Secretary of State Department, to organize trips for older persons from across Canada to Ottawa during the summer. It is becoming more common to find local senior citizens' groups participating in travel opportunities for their members. Two examples of groups that have organized trips both inside and outside Canada are the Second Mile Club, Toronto and the Senior Community Centre, London.

In the development of local community services for the aged, there has been an increase in the provision of opportunities for recreation and social activities. Clubs or centres for elderly persons exist today in the majority of the larger cities and in many smaller ones, although the proportion of older persons reached is still very modest. They may be sponsored by municipal

recreation authorities, community associations, women's organizations, local welfare councils, service clubs, churches, and trade unions. Of interest also are clubs for retired employees and old age pensioners' associations.

Ontario is the only province to have special legislation applying to senior citizens' centres, although some other provinces provide varying amounts of financial assistance to such centres. In Ontario, The Elderly Persons Centres Amendment Act, 1972, has provision for grants of up to 30 per cent of the cost of constructing or buying a building for use as a centre to provide social, recreational or other services for elderly persons if the municipality contributes 20 per cent. In addition, there are arrangements for support through special grants for the cost of services, facilities and research.

SURVIVORS

Benefits to surviving dependents of contributors have been provided under the Canada and Quebec Pension Plans since early 1968. Mothers in need can receive assistance under existing social assistance programs in all provinces. Some provinces also provide assistance to older widows. Workmen's Compensation and the War Veterans and Civilian War Pensions and Allowances programs also provide benefits to survivors.

Canada Pension Plan and Quebec Pension Plan

Survivor's benefits for dependents of contributors to the Canada and Quebec Pension Plans include the widow's pension, disabled widower's pension, orphan's benefit and death benefit.

Widow's Pension^{8/}

These pensions will be paid to, or on behalf of, the survivors of a deceased contributor who has made contributions for the minimum qualifying period, which is three years, for those whose benefits commence before 1975.

A woman who is widowed between the ages of 45 and 65 is entitled to a Widow's Pension consisting of a flat-rate component, plus 37½ per cent of her husband's Retirement Pension. The monthly flat-rate component is \$33.76 in 1974.^{9/} Should her husband not be in receipt of a Retirement Pension at the time of his death, such a pension is calculated in the prescribed manner for the computing of the Widow's Pension.

If a woman is widowed before the age of 45, the same pension is paid provided she has dependent or disabled children, or is herself disabled. If

^{8/}In the Speech from the Throne of February 27, 1974 legislation was proposed to amend the CPP to provide that survivors' benefits will be paid to both male and female survivors of contributors.

^{9/}In 1974, the monthly flat rate component under the Quebec Pension Plan is \$86.56.

she does not meet any of these requirements, her pension is reduced by an amount equal to 1/120 for each month that she is less than 45 at the time of her husband's death. Accordingly, if a woman is widowed at 35 or earlier, and has no dependent or disabled children and is not herself disabled, she will not receive a Widow's Pension until she reaches 65 years of age, unless she becomes disabled in the meantime.

A widow aged 65 or over receives a Widow's Pension equal to 60 per cent of her husband's Retirement Pension. This is true for a widow regardless of her age at the time of her husband's death or whether or not she was receiving a Widow's Pension before she became 65.

Women who receive Widow's Pensions may also have contributed to the Canada or Quebec Pension Plan themselves and, consequently, may be entitled to Retirement or Disability Pensions in their own right. In such cases, the Widow's Pension is combined with the other pension, but the combined total cannot exceed the maximum Retirement Pension payable under the Act.

Disabled Widower's Pension^{10/}

A Disabled Widower's Pension is payable to a widower who is disabled and who has been wholly or substantially dependent on his wife for financial support at the time of her death. The test of disability is the same as that described below for a person who claims a Disability Pension, and the pension formula is the same as that for a disabled widow.

Orphan's Benefits

Orphan's Benefits are payable on behalf of a deceased contributor's unmarried dependent children. The monthly rate for each of the first four children is equal to the flat-rate component of the widow's pension described above, namely \$33.76 for 1974^{11/}. When there are more than four children, the total of their benefits, which is divided equally among them, is the sum of \$33.76 for each of four children and half of that amount for each child in excess of four. Benefits are payable until the child reaches the age of 18, or up to the age of 25 if he or she continues to attend school or university on a full time basis.

Death Benefit

When a contributor dies, a lump sum Death Benefit equal to six times his monthly Retirement Pension will be paid to his estate. This benefit is subject to a maximum of 10 per cent of the maximum pensionable earnings for the year of death which, for 1974, would mean a death benefit not exceeding \$660. Should a contributor not be in receipt of a Retirement Pension at the time of his death, a calculation is made as if he were 65

^{10/}In the Speech from the Throne of February 27, 1974, legislation was proposed to amend the CPP to provide for equal treatment of male and female contributors.

^{11/}The rate in Quebec is \$29 per month.

for the purpose of establishing the amount of the Death Benefit.

Social Assistance

All provinces provide assistance to widows as to any needy person under their social assistance programs. (See section on Persons in Need).

Survivors' Benefits: Workmen's Compensation

If a workman dies as a result of an industrial injury, his widow is granted a monthly pension, a special lump sum payment, an allowance for funeral expenses, and a monthly payment for each child under the age limit provided by law.

Survivors' Benefits: Veterans

Benefits are payable to survivors of veterans who die as a result of war injury, or as a result of injury incurred in peacetime military service. It is also paid to survivors of certain civilians with war service who die as a result of injury received in this service. Benefits are also payable, on the basis of need, to survivors of veterans, or of certain civilians with war service, where no war injury was incurred, but where the veteran or civilian had previously qualified for veterans' assistance. Survivors include widows, children, and dependent parents.

CHILDREN

There are a number of programs that provide income support and welfare services to children. Benefits are provided under the federal Family Allowances throughout Canada as well as provincially supplemented Family Allowances programs in Quebec and Prince Edward Island. Benefits for surviving dependent children are provided under Workmen's Compensation and War Veterans and Civilian War Pension programs, and have been available to orphans since early 1968 under the Canada and Quebec Pension Plans. Since mid-1970, benefits are available under these plans for children of disabled contributors. Payments for dependent children are made under the War Veterans and Civilian War Allowances program but are subject to a means test. Children in needy families are assisted under provincial social assistance programs (see section on Persons in Need). Welfare services are provided to children by a number of public and private programs.

Family Allowances — Federal

A new Family Allowances Act received Royal Assent on December 12, 1973, and went into force on January 1, 1974. The objective of the new plan is "... to provide for the payment of family allowances in respect of children to supplement the income of Canadian families and for the payment of special allowances to provide for the care and maintenance of other children ...".

This plan, which replaces the Family Allowances and Youth Allowances programs, applies to dependent children under 18, whether or not they are attending school, and will affect about 7.5 million children in about 3.5 million families.

The Act provides for an average allowance of \$20 a month per child. It also incorporates a flexibility formula which permits a province, by provincial law, to vary the rates to be paid in that province on the basis of the age of the child, the number of children in a family, or both. The minimum must not be less than 60 per cent of the national standard, that is, \$12. So far as practicable, the average payment in any province must not be less than \$20 per month per child.

Two provinces, Alberta and Quebec, have indicated their intention to vary the configuration, and a third, Prince Edward Island, has announced that it will pay a supplementary allowance.

Under the Quebec configuration, families will receive \$12 a month for the first child, \$18 for the second, \$28 for the third and \$31 for each child after the third, plus an additional \$5 for each child between 12 and 17 years.

Alberta's plan is based on age as follows:

Age	Dollars per Month
6	15
7 - 11	19
12 - 15	25
16 & 17	28

All children in Prince Edward Island will receive \$20 a month, but families with five children or more will be paid a provincial supplement.

As the principal object of the new Family Allowances Act is to supplement family income, the present requirement of school attendance has been dropped.

Benefits will be available only for children residing in Canada who have at least one parent who is a Canadian citizen or a landed immigrant or, in special cases, a non-immigrant subject to Canadian income tax. Allowances will be payable on behalf of children of immigrants as soon as they are legally landed. The Family Assistance program for children of immigrants will, therefore, be discontinued.

In addition, allowances may be paid when the parent or child is temporarily outside of Canada — on vacation, attending school or receiving special health treatment. They will also be paid when a Canadian family is stationed abroad but remains subject to Canadian income tax. In these cases, the payment will be at the national standard of \$20 a month.

To bring about a certain amount of income redistribution, the new allowance is taxable. The allowance must be declared as income for tax purposes by the parent who claims the child as a tax exemption.

A special nontaxable allowance of \$20 a month will be paid in respect of children under the care and maintenance of a government, a government

agency or a private institution. This same nontaxable allowance will be paid to foster parents caring for children placed with them by a government agency.

Both the regular family allowance and the special allowance are to be adjusted annually in accordance with increases in the Consumer Price Index.

As an interim measure, benefits under the former Family Allowances and Youth Allowances Act were raised to a uniform \$12 per month from October to December 31, 1973.

Family Allowances — Provincial

Only Quebec and Prince Edward Island provide provincial family allowances. In Quebec, families receive a provincial supplement of \$3 per month for the first child, \$4 for the second, \$5 for the third and \$6 for every child after the third. The province of Quebec administers this supplement.

In Prince Edward Island, children in families of five or more children will be entitled to a provincial supplement of \$10 per month for each child in excess of four. This supplement is administered by the federal government.

Orphan's Benefit (Canada and Quebec Pension Plans)^{12/}

If a qualified male contributor dies, a monthly orphan's benefit is payable on behalf of his eligible dependent child, whether or not the mother is alive. An orphan's benefit is payable on the death of a female contributor if she was maintaining the child at the time of her death. To be eligible for the benefit, the child must be a dependent child as defined by the Canada Pension Plan Act (see section on Survivors).

Children of Disabled Contributors (Canada and Quebec Pension Plans)

The rate of benefit payable to the child of a disabled contributor is identical to the orphan's benefit and essentially the same conditions apply to both. The benefit is payable to each eligible child of a contributor receiving a disability pension but only while the contributor is disabled.

Children's Benefits under other programs

All provinces pay benefits to the surviving children of a deceased worker covered by Workmen's Compensation. The benefits are payable unconditionally to age 16, and beyond if attending school.

(For benefits to children of war veterans and of civilians with war service see section on Survivors' Benefits: Veterans.)

Child Welfare Services

Child welfare services, which include child protection and care, ser-

^{12/} As a result of the proposed amendment to the CPP, benefits will be payable to an orphan if either the contributing mother or father dies or to the child of a disabled contributor if either contributing parent becomes disabled. The orphan or child, however, will be entitled to only one benefit.

vices for unmarried parents and adoption services, are provided in all provinces under provincial legislation. The programs are administered by the provincial authority or by local children's aid societies (voluntary agencies with boards of directors operating under charter and under the general supervision of provincial departments). In Newfoundland, Prince Edward Island, New Brunswick, Saskatchewan, and Alberta, child welfare services are administered by the province; in Quebec they are administered by recognized voluntary agencies and institutions, religious and secular; in Ontario, a network of local children's aid societies is responsible for these services; in Nova Scotia, Manitoba, and British Columbia, services are administered by local children's aid societies in the heavily populated areas and by the province elsewhere.

Children's aid societies and the recognized agencies in Quebec receive substantial provincial grants and sometimes municipal grants and, in many areas, they also receive support from private subscriptions, community chests, or united funds. The cost of certain services and maintenance for children in care of a voluntary or public agency are shareable with the federal government under the Canada Assistance Plan (see p. 21).

Child welfare agencies, provincial or voluntary, have the authority to investigate cases of alleged neglect and, if necessary, to apprehend a child and to bring the case before a judge who decides if, in fact, the child is neglected. When neglect is proved, the court may direct that the child be returned to his parent or parents, under supervision, or be made a ward of the province or of a children's aid society. Services are provided as appropriate and include services to children in their own homes, care in foster boarding homes or adoption homes, or in selected institutions. Children placed for adoption may be wards or they may be placed on the written consent of the parent. Adoptions, including those arranged privately, number about 20,000 annually.

Institutions for children are governed by provincial child welfare legislation and by provincial or municipal public health regulations and are generally subject to inspection and, in some provinces, to licensing. Sources of income may include private subscriptions, provincial grants and maintenance payments on behalf of children in care, payable by the parents, the placing agency, or the responsible municipal or provincial department.

Day nurseries for the children of working mothers are established only in the larger centres. Public grants to day nurseries are made in six provinces. In Ontario, the Province reimburses a municipality for 80 per cent of the operating and maintenance costs and, since 1971, under an amendment to the Day Nurseries Act, the Province may make capital grants to a municipality of up to 50 per cent of the cost of erecting a new building or an addition to, or purchase of, a new building. In the same year, Nova Scotia passed legislation authorizing provincial sharing of capital and operating costs of day nurseries registered under the Act or operated by a municipality. In Saskatchewan, provincial aid is available

for the starting, development and operation of day care centres. In Alberta, provincial assistance of up to 80 per cent of costs is available under The Preventive Social Services Act for administration and operation, including capital costs to municipally approved day care centres. In British Columbia, provincial payments are available, under certain conditions of eligibility, to cover fees or to assist parents in the payment of fees. In Manitoba, provincial assistance is available under The Social Allowances Act for special care, including care in an approved day nursery or in private homes. Day care centres operated under voluntary and private auspices are subject to licensing.

DISABLED PERSONS

Disabled persons in Canada are provided with income support and services through programs operated by the federal and provincial governments and private organizations. Under the Canada and Quebec Pension Plans, pensions have been available since 1970 to disabled contributors who qualify. Workers disabled by industrial accident or disease who are covered by Workmen's Compensation are provided thereunder with cash payments, medical and hospital care and rehabilitation services. Disabled persons in need can receive income support under the federal-provincial Disabled Persons and Blind Persons Allowances programs, or under provincial social assistance programs. Rehabilitation services including vocational rehabilitation are provided through government programs and programs of voluntary agencies.

Canada Pension Plan and Quebec Pension Plan

Pensions for disabled contributors and benefits for their dependent children are payable under these plans since the spring of 1970.

A contributor who becomes disabled after making the required contributions is entitled to a disability pension consisting of a flat-rate component, \$33.76 monthly in 1974,^{13/} and an earnings-related component equal to 75 per cent of a retirement pension calculated as if he had reached 65 in the month the disability pension became payable. A contributor is considered to be disabled if he has a physical or mental disability so severe, and likely to continue so long, that he cannot get substantially gainful employment. (For the benefit payable to a dependent child of a disabled contributor see section on Children).

Canada Pension Plan survivors' pensions, discussed in the section on Survivors, are payable to dependent disabled widowers and to disabled widows regardless of their ages. The disabled widower must continue to prove disability for the duration of his pension, whereas the disabled widow need only prove disability to age 45.

^{13/} The monthly flat rate component in Quebec is \$86.56.

Federal-Provincial Blind and Disabled Persons Allowances

Federal reimbursement to the provinces for assistance to blind persons and to persons permanently and totally disabled who are aged 18 or over is provided for under the Blind Persons Act, 1951, as amended, and the Disabled Persons Act, 1954, as amended. To be eligible for an allowance under either of these Acts, an applicant must meet the 10-year residence and the income requirements. Under the Disabled Persons Act, total income, including the allowance, may not exceed \$1,260 a year for an unmarried person, \$2,220 a year for a married couple or \$2,580 a year for a married couple where the spouse is blind within the meaning of the Blind Persons Act. Under the Blind Persons Act, total income, including the allowance, may not exceed \$1,500 a year for an unmarried person, \$1,980 a year for a person with no spouse but with one or more dependent children, \$2,580 for a married couple and \$2,700 a year for a married couple where both spouses are blind.

The federal contribution of the disabled persons' allowances may not exceed 50 per cent of \$75 a month or the allowance paid, whichever is less. The contribution for the blind persons' allowances is 75 per cent of \$75 a month or the allowance paid, whichever is less.

Effective April 1, 1965, compensation was made to Quebec under the Established Programs (Interim Arrangements) Act.

Under the terms of the Canada Assistance Plan, a province may elect to aid needy persons in these categories under a general assistance program with costs shared under the plan. By the end of 1973, all provinces except New Brunswick and Manitoba, and the Yukon, had discontinued receipt of applications for disabled persons' allowances. Four provinces, Quebec, Ontario, Saskatchewan and Alberta, and the Northwest Territories, had also discontinued receipt of applications for blind persons' allowances.

In March 1973, there were 8,213 recipients of disabled persons' allowances and 2,557 recipients for blind persons' allowances. Federal payments in 1972-73, including payments to Quebec, amounted to \$4 million and \$1.7 million, respectively.

Provincial Social Assistance

Temporarily disabled persons and their dependents are aided in all provinces under social assistance programs. The permanently and totally disabled, formerly aided under the federal-provincial Disabled Persons Allowances program, are now also aided in seven provinces under the regular social assistance program, as are the blind in four provinces.

In December 1972, British Columbia passed the Handicapped Persons Income Assistance Act under which a handicapped person receiving aid under the Blind and Disabled Persons Allowances Act, or who is mentally or physically disabled and receiving aid under the Social Assistance Act, may be paid income assistance in an amount to bring his total monthly income up to \$213 a month for a single person and \$427.76 for a married

couple if both are eligible. Costs of aid to the disabled under social assistance programs are shareable with the federal government under the Canada Assistance Plan.

Training and Allowances

The training of disabled persons for gainful employment (other than veterans and those covered by Workmen's Compensation) may be provided under the Adult Occupational Training Act to persons who qualify and who will be entitled to the training allowances provided under the Act. (See also "Occupational Training for Adults" in section entitled "Unemployed Persons").

Disabled persons who cannot qualify under the Adult Occupational Training Act may be provided with vocational rehabilitation under provincial programs set up and financed through federal-provincial cost-shared agreements made under the Vocational Rehabilitation of Disabled Persons Act.

The vocational rehabilitation program has been in operation since 1952, initially under the authority of an Order-in-Council, and since 1961 under the provisions of the Vocational Rehabilitation of Disabled Persons (VRDP) Act. The legislation was originally administered by the Department of Labour and subsequently by the Department of Manpower and Immigration. Effective April 1, 1973, responsibility for administering the program was transferred to the Department of National Health and Welfare. Under agreements concluded with all provinces and territories, except Quebec, the federal government contributes fifty per cent of the costs incurred by the province in providing a comprehensive program for the vocational rehabilitation of physically and mentally disabled persons. A comprehensive program includes such services as medical, social and vocational assessment, counselling, restoration services, provision of prostheses, training, maintenance allowances and the provision of tools, books and other equipment. These services are provided directly by the provincial government or purchased from voluntary agencies. Shareable costs also include the salary and necessary travelling costs of staff whose duties are directly related to the vocational rehabilitation program and other administrative expenses necessary for the co-ordination and delivery of services to the disabled.

The objective of the VRDP program, as stated in the Preamble to the Agreement, is "to remove the disadvantages experienced by disabled persons, to avoid their dependence upon the public or relatives and to restore them to usefulness by making available to them appropriate vocational rehabilitation services . . .". A rehabilitated client is one who is capable of a "substantially gainful occupation" which may be employment in the competitive labour market, self-employment, homemaking, farm work, sheltered employment or other work of a remunerative nature.

In each province, a provincial co-ordinator or director of rehabilitation

is responsible for co-ordination and administration of VRDP services. The federal aspects of the program are administered by the Rehabilitation Services Division in the Canada Assistance Plan Directorate of the Department of National Health and Welfare. Under the Agreement, the Director General of the Canada Assistance Plan is to give consultative and advisory services to the province in the development and administration of the provincial program. Other federal functions include developing courses of study, information sheets and other materials to assist in the development of national standards for rehabilitation services; preparing occupational information; supporting research projects designed to improve the operation of a vocational rehabilitation program in the province; providing national publicity and sharing in the costs of provincial publicity. The Minister of National Health and Welfare co-ordinates activities in this field in co-operation with the Department of Manpower and Immigration and other government departments.

In the year ended March 31, 1972, federal expenditures under the vocational rehabilitation program totalled \$6,500,000. Complete reports received on 5,909 disabled persons rehabilitated during the year indicated that, at the end of the year, 4,005 of them were rehabilitated to regular employment, 428 to sheltered employment, and 355 were rehabilitated as homemakers. The cost of supporting the 4,005 who obtained employment and their dependents, before rehabilitation, was estimated at \$4 million annually; following rehabilitation, their aggregate earnings were estimated at \$16 million.

Medical Rehabilitation for Disabled and Chronically Ill Persons

Rehabilitation consists of a number of health, social and vocational services aimed at restoring persons in need of such services to an improved functional level by reducing the consequences of illness and injury and integrating such persons into the economic and social structures of society. This section deals with medical rehabilitation. Other sections in this publication deal with social and vocational rehabilitation. While medical rehabilitation is described separately, it should be stated that there is a close interaction and co-ordination among medical rehabilitation and vocational and social rehabilitation services.

Both federal and provincial agencies are concerned with medical rehabilitation. The federal agency has decentralized certain of its specialized functions or services to its branches. The provincial departments of health and hospital insurance organizations have delegated these service functions to respective local authorities, including hospitals. In addition to organized medical rehabilitation services included under provincial hospital insurance plans, a substantial proportion of specialist services are individually supplied by physicians and paramedical practitioners in private practice covered, in large part, by provincial medical care insurance plans.

The Department of National Health and Welfare provides national

consultative and co-ordinating services in the field of medical rehabilitation. It extends technical information and advice on medical, social and technical aspects of medical rehabilitation to provincial health departments, hospitals and rehabilitation centres and to universities. The department has direct responsibility for disability assessment under the Canada Pension Plan and Blind and Disabled Persons Acts, for blindness prevention activities and for the management of a national system of prosthetic services. Prosthetic services comprise a central manufacturing establishment in Toronto and 12 prosthetic services located in the principal cities across Canada. Patient services are concentrated at each of these centres and include artificial limbs, immediate post-operative prostheses, orthotic appliances, orthopedic boots and shoes, prosthetic and orthotic accessories. A travelling fitter service is available on request at the nearest prosthetic centre. In addition, there are a number of private prosthetic/orthotic outlets that provide services.

Provincial health departments and hospital service organizations are responsible for the planning and delivery of medical rehabilitation services in cooperation with local health units, professional and voluntary organizations.

A majority of provincial health departments have established rehabilitation programs for specific disabilities (besides those for tuberculosis, mental illness and mental retardation). These services include those for handicapped children generally, and for phocomelic children disabled by the drug thalidomide, those with cerebral palsy, cystic fibrosis, rheumatic fever, diabetes or junior amputees. Several provincial departments have organized special programs for paraplegics and arthritics.

Medical rehabilitation services of recognized standards exist in rehabilitation hospitals and those for chronic care as well as special units or departments within general hospitals throughout Canada. There are 18 independent, comprehensive, rehabilitation centres recognized as hospitals under the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act. They include five specialized children's rehabilitation centres in St. John's, Three Rivers, Edmonton, and two in Toronto. The largest and most comprehensive is the Ontario Crippled Children's Centre, offering intensive rehabilitative treatment, specialized assessment, and a full range of special education. There is also extended care for the chronically ill or disabled and long term or "auxiliary care" services attached to, or affiliated with, general hospitals. These latter services offer rehabilitation modalities such as: occupational therapy, speech therapy and physiotherapy.

In addition, there are numerous other specialized rehabilitation services for children and adults.

A large number of specialized out-patient or day centres exist for children suffering from any of the major disabilities. These include treatment and training centres for cerebral palsied children, speech and hearing clinics, specialized cystic fibrosis clinics, and many others. Some major

medical rehabilitation modalities are provided in special schools for the deaf, the blind and children with orthopedic or multiple disabilities.

There are specialized centres and out-patient clinics, associated with the teaching hospitals, that treat most conditions that disable adults as well. Each province has a rehabilitation unit or facility for the treatment of paraplegics attached to the teaching hospitals; Lyndhurst Lodge in Toronto provides a comprehensive in-patient service for paraplegics. In addition to special eye clinics in teaching hospitals, glaucoma clinics are located in the major cities across Canada. Day centres for the surveillance and stabilization of new or problem diabetics have been established in several major cities. In all ten provinces there are cancer clinics where the most advanced facilities, equipment and techniques are available.

There are a number of voluntary health organizations concerned with special diseases such as the Canadian Arthritis and Rheumatism Society, Canadian Paraplegic Association, Canadian Diabetic Association, Canadian National Institute for the Blind, Canadian Tuberculosis and Respiratory Disease Association, Canadian Cancer Society, and the Canadian Cystic Fibrosis Foundation. These may provide some medical rehabilitation services and aids. Special clinics, including mobile clinics, have been supported by these organizations as well as other local ones such as the Cerebral Palsy Association. Organizations dealing with wide categories of disability such as the provincial Societies for Crippled Children and Adults, the Red Cross Society, and the Victorian Order of Nurses have provided, over the years, a range of medical rehabilitation services through diagnostic services, medical and surgical treatment and community care. As public programs are extended more and more to the general population, the voluntary organizations can concentrate on areas complimentary to medical rehabilitation or providing medical rehabilitation services on a free-for-service basis purchased by the provincial and local governments. Organized Home Care programs may mobilize the resources of a number of voluntary agencies and provide coordinated rehabilitation services to include medical and nursing care, physiotherapy, patient aids and related services to patients in their own homes. All affected persons in communities where these services are available are generally eligible.

There is no national registry of disabled persons in Canada, although several different types of reporting systems and registries have been established for purposes of research, prevention or treatment. Since 1966, the Department of National Health and Welfare has operated a surveillance and monitoring system for congenital anomalies with the participation of British Columbia, Alberta, Manitoba, New Brunswick and Ontario. Provincial registers of handicapped children based on voluntary registration have been established in these same provincial health departments. The British Columbia Registry of Handicapped Children and Adults has earned international recognition and deserves special mention. It is considered one of the best registers in Canada, with sufficient experience to produce

reliable data on physically handicapped children and it is kept up to date by linkages with provincial vital statistics registers.

The foregoing has described medical rehabilitation services available to the general public through public and private auspices. Special mention should be made of the medical rehabilitation services available to workers covered by Workmen's Compensation.

Under Workmen's Compensation legislation, five provincial Workmen's Compensation Boards — British Columbia, Alberta, Ontario, Quebec and New Brunswick — operate rehabilitation centres located in Vancouver, Edmonton, Lancaster, Downsview (near Toronto), Montreal, Quebec City and St. John's. The other Boards utilize the rehabilitation facilities of local hospitals and comprehensive rehabilitation agencies or centres. In all of the centres, there is a concentration of specialists in rehabilitative medicine — doctors, nurses, physiotherapists, occupational therapists, and remedial gymnasts using the most advanced techniques and equipment.

UNEMPLOYED PERSONS

The main income maintenance program for unemployed persons in Canada is unemployment insurance with income support also being provided by minor programs such as supplementary unemployment benefit and transitional unemployment assistance programs. Unemployed persons in need who have exhausted their credits under the unemployment insurance program and needy persons who are non-employable may be assisted under provincial social assistance programs, the cost of which is shareable under the Canada Assistance Plan. Two important programs have been developed to improve the availability and quality of manpower. These are the manpower mobility program and the program which provides occupational training for adults.

Unemployment Insurance

The depression of the 1930's emphasized the urgent need for a nationwide unemployment insurance program. In 1935, the Employment and Social Insurance Act was passed by Parliament but the Supreme Court of Canada declared it a matter of provincial, rather than federal, legislation. Two years later the Prime Minister asked the provinces to waive their right in this matter so that it could be handled federally.

By June 1940, all nine provinces had given their assent and the BNA Act was amended. On August 7 of that year the Unemployment Insurance Act became law.

In July 1941, contributions became payable and by February 1942, benefits were being paid. At that time there were two million insured persons working for 225,000 employers.

Between 1941 and 1971 the basic concepts of the original Act were maintained. Contribution rates and benefit rates were revived periodically to keep pace with rising wage levels. On June 27, 1971, a radically different Unemployment Insurance Act went into effect.

Under the old Act, the duration of a claimant's benefit was related solely to his labour market attachment in the two years preceding his claim. Basically, the formula was one week of benefit for each two weeks of insurable employment. Under the new Act, weeks of entitlement are determined by a variety of factors: the number of weeks of insurable employment in the preceding year; the national rate of unemployment; and the rate of unemployment in the area in which the claimant resides.

When a claim is filed, the basic entitlement is determined by the number of weeks of insurable employment in the preceding 52 weeks. This initial entitlement can be from 8 to 15 weeks. When initial entitlement is exhausted, a further 10 weeks is payable in what is referred to as a re-established benefit period. This is 10 weeks for all claims. When these benefits are exhausted, further benefit may be payable based on the length of employment in the preceding year, the national rate of unemployment and the rate of unemployment in the region in which the claimant resides. The minimum number of weeks for which a claimant may qualify is 18 and the maximum is 51.

In 1974, all persons working under an employee-employer relationship are insurable on the first \$170 earned per week. The present premium rate for employers is 1.40% of insurable earnings, the employer's share being 1.96% of those earnings. Virtually the only persons excluded from unemployment insurance are those who are self-employed so that approximately 96 per cent of the working force is covered.^{14/}

Unemployment benefits are related to insurable earnings. The basic rate payable is $66\frac{2}{3}\%$ per cent of the average insurable earnings in the last 20 insurable weeks. If a person has 8 or more insurable weeks but less than 20, the $66\frac{2}{3}\%$ per cent is applied to the average insurable earnings in all the weeks in question. The maximum weekly benefit payable is \$113 and the minimum is \$20. For persons with a dependant, the rate is increased to an amount equal to 75 per cent of the insurable earnings in the later stages of his claim but the \$113 maximum still applies. A claimant, whose average insurable earnings at the time his claim was filed were \$56 per week or less, is entitled to the 75 per cent ratio from the outset of this claim if he has a dependent.

Effective January 1, 1972, premiums (contributions) were an allowable deduction for income tax purposes. From the same date, benefits became taxable income and were subject to deduction at source.

^{14/}For the exception to this rule, see section on Fishermen and Seamen — Unemployment Insurance.

A person who has less than 8 weeks of insured employment in the 52 weeks preceding his claim cannot qualify. A person with 8 to 19 weeks in the preceding year can qualify and is identified as a minor attachment claimant. A person with 20 or more weeks is designated as a major attachment claimant.

Claimants with major attachment are entitled to benefit during periods of incapacity which occur during their initial benefit period even though they may have left their employment because of their disability. Similarly, female claimants with major attachment are entitled to maternity benefit during their initial benefit period. The maximum length of time for which sickness or maternity benefits are payable is 15 weeks.

One of the major changes in the Act dealt with financing. As long as the national unemployment rate is four per cent or less, the combined premiums of employers and employees finance the Initial and Re-established stages of the new plan. These premiums also cover the administrative costs of the plan under all circumstances.

When the national unemployment rate exceeds four per cent, the federal government absorbs the extra costs of the Initial and Re-established stages. The federal government also bears the full costs of the Extended Benefit period, regardless of the unemployment situation.

Transitional Assistance Benefit Program

This program was set up by the federal government in 1965 to alleviate possible economic and technological effects on Canadian employment of the Canada-United States agreement on automotive products. The federal government has provided a fund, administered by the Department of Labour, the UIC being the paying agency. The plan will pay qualified persons a benefit which may be as high as 75 per cent of the persons' average take-home pay or 65 per cent of the average weekly wages and salaries in the industry. The benefit is payable for a maximum of 53 weeks.

Supplementary Unemployment Benefit

This program was set up by collective bargaining and financed solely by employers. The first supplementary unemployment benefit program was negotiated between the United Automobile, Aerospace and Agricultural Implement Workers of America International Union (UAW) and the General Motors Corporation of Canada and came into effect on February 13, 1956. Since then, several hundred other collective agreements in a number of industries have introduced supplementary unemployment benefit programs. This program will pay to an unemployed worker a benefit which, with the unemployment insurance benefit, will guarantee the beneficiary up to a stipulated percentage of his normal pay.

Employment Services at Canada Manpower Centres

A national employment service was established under the Unemployment Insurance Act and has been in operation since 1941. In April 1965, responsibility for its operation was transferred from the Unemployment Insurance Commission to the Department of Labour. In December of the same year the employment service was moved to the new Department of Manpower and Immigration to bring all manpower and immigration programs and services under the authority of one department.

Canadian manpower programs and services are administered by a network of Canada Manpower Centres strategically located across the country. There are about 350 full-time Canada Manpower Centres, part-time and itinerant services being provided in smaller and remote parts of the country. The Canada Manpower Centres provide: counselling and testing services for workers and employers; placement services for workers; recruitment services for employers; clearance services to assist in alleviating local labour market shortages and surpluses; services to identify, select, and authorize clients for training and allowances under the Adult Occupational Training Act; services to identify, select, and authorize clients for exploratory, relocation and trainee travel grants under the manpower mobility regulations; development of special applications of manpower programs to resolve difficult manpower adjustment problems; dissemination of comprehensive labour market information; and specialized reception, counselling, settlement, and emergency assistance services to immigrants.

In the fiscal year 1972-73, Canada Manpower Centres made 1,030,148^{15/} placements and referred a total of 316,188 clients to training courses. In addition, 71,674 workers received manpower mobility grants.

Canada Manpower Mobility Program

The purpose of this program is to help overcome those imbalances in the labour market that are due to the immobility of the labour force by assisting workers who need to move but cannot do so without financial assistance. The program helps workers who are unemployed, or who have received notice they are about to become unemployed, and for whom there is little or no prospect to suitable employment locally. Assistance is also provided to underemployed workers, i.e., those employed less than 30 hours a week or who hold jobs that do not use their main skills.

Exploratory grants are provided to individual workers to move temporarily to explore employment possibilities and to assess working and living conditions. Special travel grants are available to help workers to travel from areas where there are no special manpower services to other locations for special testing and counselling services. Trainee travel grants and commuting allowances are available to individuals who attend approved

^{15/} This figure does not include casual or temporary placements.

training courses under the Adult Occupational Training Act. Relocation grants are provided to workers to move themselves, their dependants and household effects when they have obtained continuing full-time employment in localities other than those in which they reside.

A worker receiving an exploratory grant will be provided with funds to cover:

- the actual cost of transportation;
- a daily allowance to cover the cost of meals and accommodation while away from home.

If the worker is successful in finding employment in a new area, he may receive a relocation grant and would become eligible for the following allowances:

- travel costs for worker and dependants;
- actual cost of moving household and personal effects (including a mobile home if owned by the worker);
- an amount to assist in the re-establishment of the worker and his dependants;
- homeowner's allowance of \$1,500 for having purchased a house in the new locality, subsequent to the date on which the grant was authorized but not later than 12 months after moving to the new locality. The worker must reside in this house.

Generally, persons will explore or relocate in the areas nearest to their place of residence. In order to obtain mobility assistance, the worker must apply for a grant before he relocates and not later than three months after commencing employment in the new locality.

Occupational Training for Adults

The Act for the Occupational Training of Adults (OTA), passed by Parliament in 1967, is the broad foundation for adult occupational training in Canada. It is, at the same time, an integral part of Canadian manpower policy. This program is viewed as both a major long-run investment program and a means of bringing about the short-run matching of jobs and people that is required for the effective functioning of the economy. It is implemented through some 400 Canada Manpower Centres located across the country.

Under the program, the federal government purchases from the provinces or (with their concurrence) from industry or private trade schools the upgrading, skill, and apprenticeship courses that are needed to help workers increase their productivity, employability and income. The courses are selected on the basis of the known and expected needs of the economy

for different skills as reviewed by joint federal-provincial committees. The federal government pays the full cost of the courses it selects, including an amount for the use of capital facilities and administrative overhead.

The basic philosophy underlying the program is the recognition that training and retraining must be a normal part of an adult worker's career in an era of rapid technological change. The program is thus available to all who are one year past the normal school-leaving age and have been out of school for one year, regardless of whether they are employed, unemployed, self-employed, or mature people (such as housewives) intending to re-enter the labour force.

For more of these people, however, training is a realistic alternative only if it is accompanied by at least modest income replacement. Otherwise people cannot effectively maintain their families for extended periods while in training; they are compelled to seek or remain in immediate work in less skilled and less needed occupations even at low rates of pay.

The allowance levels in 1972-73 ranged from a minimum of \$30 per week for a single person with no dependants to a maximum of \$118 per week for a person with four or more dependants who must live away from home during the training period. The minimum and maximum are adjusted each July 1 in relation to the average hourly earnings in manufacturing for the calendar year immediately preceding the date of adjustment. In June 1971, under the new Unemployment Insurance Commission legislation, an agreement was made to adjust the allowances of trainees upwards if their UIC benefits would be higher than the training allowances. UIC benefits are paid at a rate of 66.6 per cent of their previous earnings up to a maximum of \$113 per week. If the C.M.T.P. allowance is less than this amount, UIC pays the difference.

Since July 1972 when the legislation was amended, all persons eligible for training are also eligible to receive allowances. Employees who are being trained by their firms under agreements with the Department continue to receive wages, but a portion of these are reimbursed to the employer by the Department, the proportion being dependent on the amount of training being given that is not specific to the needs of the particular firm.

In order to develop more adequate adult training resources, the legislation both permits teachers of the adult occupational training courses to be trained under its terms and makes a separate provision for loans to the provinces to construct appropriate facilities for training. The loans are repaid with interest, over a period of up to thirty years, from the funds that the provinces receive from the federal government for their provision of training to adults under the legislation.

The following table gives an idea of the magnitude of the various programs of the manpower section of the Department. It is apparent that the placement function and the Canada Manpower Training Program are the most important in terms of the numbers of workers affected.

Summary of Workers Affected by Manpower Programs

Years	C.M.C. Placements	C.M.T.P. Trainees	M.M.P. Movers	M.C.S. Adjustments Facilitated	Assisted Under V.R.D.P.
1967-68	742,722	183,540	28,547	22,743	9,000
1968-69	724,705	301,200	44,729	12,243	14,000
1969-70	722,832	304,899	49,839	109,359*	15,000
1970-71	648,966	344,846	84,846	37,152	16,000
1971-72	902,429	308,152	70,889	28,653	17,000
1972-73	1,030,148	316,188	71,674	84,185**	18,000

*Includes programs for Quebec Hospital Association (70,000) and the Mechanical Construction Industry (20,000).

**Includes British Columbia Forest Industry Program, which covers 70,000 employees.

INJURED WORKMEN

Programs covering workmen injured at work are the Workmen's Compensation programs operated in each province and federal programs of Workmen's Compensation for government employees and for seamen. Those injured at work and elsewhere will be covered under the disability pension provisions of the Canada and Quebec Pension Plans, which became available early in 1970. Injured workmen not covered by Workmen's Compensation may be entitled to assistance under the Blind or Disabled Persons Allowances programs, or under general provincial assistance programs.

This section deals only with Workmen's Compensation. The programs for disabled persons in need and the disability pension provision under the Canada and Quebec Pension Plans are explained in the section dealing with Disabled Persons.

Workmen's Compensation

Compensation for injury that occurs at work is provided for by a law in each province. Under each law, compensation benefits are payable when certain workmen sustain personal injuries that arise out of, and in the course of, their employment. (Not all workmen are covered as certain types of employment do not fall within the scope of the Workmen's Compensation system). Where the injury results in a workman's death, compensation is payable to his dependents. It is also payable for disability or death due to an industrial disease resulting from employment.

In all provinces, benefits are not payable during a "waiting period". In eight provinces the waiting period has been reduced to one day, the one

on which the accident occurs. In New Brunswick, the waiting period is three days and in Nova Scotia, four days.

Free medical aid and physical and vocational rehabilitation services are also furnished to an injured workman under the Workmen's Compensation Act of each province.

Compensation benefits are payable as a matter of right and regardless of whether the negligence had been on the part of the employer or the workman. The right to compensation is an exclusive remedy, that is, the workman is prohibited from suing his employer for damages for an injury sustained in the course of employment.

Benefits for disability are based on 75 per cent of average weekly earnings, subject to an annual ceiling. Payments continue for the duration of the disability. Where disability is permanent, a life pension is paid irrespective of future earnings. In the case of a minor disability, a lump sum is paid. Medical and hospital benefits are provided without limitation, regardless of a waiting period. In case of death, compensation to dependents is a fixed monthly amount which is not tied to wages.

In British Columbia, pensions to widows and dependent children and permanently disabled workmen are tied to the cost of living, and are increased annually by 2 per cent for each 2 per cent rise in the Consumer Price Index. In Quebec, pensions are tied to the Pension Index used for the Quebec Pension Plan.

Each Act is administered by a largely autonomous Board or Commission which has full authority to decide all matters of compensation.

The Canadian Workmen's Compensation system is based on the two main principles of collective liability on the part of employers and compulsory insurance in an exclusive state fund, known as the accident fund.

The costs of compensation are borne entirely by employers. Each employer subject to the Act pays an annual assessment, at a rate determined by the Board on the basis of the accident experience in the class of industry in which he is operating. The rate of assessment is expressed as so many dollars or cents for each \$100 of assessable payroll. The employers in each class of industry are collectively liable for the cost of all accidents occurring in that class. The scheme is basically one of mutual accident insurance.

In each province, coverage is compulsory for all employment within the scope of the Act. The range of covered industries is now very wide and is steadily being expanded. There are, however, some gaps in coverage, particularly with regard to domestic servants, farm workers (except in Ontario), workers employed by financial, insurance and professional undertakings and by non-profit organizations, and workers in certain service industries. In four provinces, undertakings in which not more than three or five workmen are employed (as the case may be) are excluded.

In those industries and occupations that are not within the scope of

the Act, employers can almost always provide protection for their employees on application to the Board.

In Ontario and Quebec, the provincial and municipal governments and certain large companies, such as the railway, shipping, telegraph and telephone companies, are individually liable to pay compensation and medical aid costs, as determined by the Board, and to pay a proportion of the administrative expenses of the Board. Employees in these industries receive the same benefits as those whose employers are collectively liable.

In all provinces, accident prevention is an important part of the Workmen's Compensation scheme.

Workmen's Compensation Ordinances similar to the provincial ones are in effect in the Yukon and Northwest Territories. These Ordinances provide for benefits comparable to those provided in the provincial Acts but are based on a system of private, rather than publicly administered, insurance. The employer is individually liable for the payment of compensation and must carry insurance to cover his liability.

A federal Act provides for the payment of employment injury compensation to federal government employees according to the scale of benefits provided by the Workmen's Compensation Act of the province in which the employee is usually employed. Claims are adjudicated by the provincial Workmen's Compensation Board and costs of compensation are paid by the federal government.

Merchant Seamen's Compensation

Seamen whose employment does not fall within the scope of a provincial law are entitled to compensation under the Merchant Seamen's Compensation Act. Under this Act, the employer is individually liable for payment of compensation and is required to carry liability insurance.

The Merchant Seamen's Compensation Act provides employment, injury or death benefits to seamen and their dependants for accidents arising out of their employment. The program is administered by the Merchant Seamen's Compensation Board, a federal government agency.

The plan covers all persons, except pilots and fishermen, employed or engaged on a ship registered in Canada or chartered by demise¹⁶ to a person resident in Canada or whose principal place of business is in Canada.

VETERANS

Income maintenance programs with health and welfare services are provided for veterans and certain civilians with war service and their dependents. These include pensions for war-connected disability or death and means-tested allowances. There are programs, too, for vocational and educational assistance, veterans' insurance, and financial assistance to

¹⁶/"chartered by demise" means that a ship is leased without its crew. However, any crew of such a ship is covered by this Compensation.

veterans who wish to farm, or settle on small holdings, or become commercial fishermen under the Veterans' Land Act.

War Veterans Pensions

Under the Pension Act administered by the Canadian Pension Commission, pensions are provided in respect of disability or death resulting from injury or disease incurred during, or attributable to, service with the Canadian Armed Forces in wartime or arising out of, or directly connected with, service in peacetime.

Pensions are payable to veterans according to their degree of disability, additional pension being paid if there are dependents. In the event of death, pensions are payable to widows and children and to parents if they are dependent.

Civilian War Pensions and Allowances

Under the Civilian War Pensions Allowances Act, pensions and allowances are provided to specified civilian groups who contributed to the war effort in World War I and World War II. Pensions are payable to qualified persons and their dependants under the same conditions that veterans are pensioned under the Pension Act.

War Veterans Allowances

The War Veterans Allowances Act provides allowances to eligible veterans who, because of age or incapacity, are unable to work and have insufficient means as determined by a special means test. Veterans of the Canadian, Commonwealth and Allied Forces and their widows and orphans may obtain benefits under the program. Application for allowances must be made to the War Veterans Allowance District Authority, established in the regional districts of the Department of Veterans Affairs, responsible for the administration of the Act within their particular district. The legislation is administered by the War Veterans Allowance Board, which also acts as an appeal court with respect to decisions made by the District Authority. At August 31, 1973, there were 75,688 recipients of these allowances consisting of 43,346 veterans, 32,010 widows and 332 orphans. The annual liability was \$97,580,174.

Civilian War Allowances

Part XI of the Civilian War Pensions and Allowances Act provides an allowance to certain groups of civilians who performed meritorious service in a theatre of war during World War I or World War II and to those who are in receipt of a pension under the Act. Allowances are also payable to the widows and orphans of such civilians. Rates of allowances, annual income ceilings, personal property limits and real property limits are the same as those in the War Veterans Allowances Act. Applications for allowances, the administration of legislation and appeals are handled by

the bodies dealing with War Veterans Allowances. The legislation is administered by the War Veterans Allowance Board which also acts as an appeal court with respect to decisions made by the District Authority.

At May 31, 1973, there were 2,645 civilians, 751 widows and 11 orphans in receipt of Civilian War Allowances, a total of 3,407 recipients. The annual liability for these was \$5,983,545.

Assistance Fund

Recipients of benefits under the War Veterans Allowance Act and under Part XI of the Civilian War Pensions and Allowances Act living in Canada are eligible for assistance from the Assistance Fund if their total income is lower than the permitted maximum. Assistance may take the form of a monthly supplement based on shelter, fuel, food, clothing, personal care and specified health costs or of a single award to meet an annual or emergency need. In 1972, 20,899 persons had been assisted, 18,314 of whom had received monthly supplements. Total Fund expenditures for that year were \$6,759,641.

FARMERS

Basic to the concept of Canada's national agricultural policy is the premise that a stable agriculture is in the interests of the national economy and that farmers as a group are entitled to a fair share of the national income. In pursuit of these objectives, the Department of Agriculture has carried on, over a long period, a program designed to aid agriculture through the application of scientific research and the encouragement of improved methods of production and marketing and through its assistance programs, covering some of the spheres of soil and water conservation, price stability, provision of credit, rural rehabilitation and development, and crop insurance and income security in the event of crop failure. Over the years, as conditions have warranted, special situations have required the initiation of programs to deal with them, such as: the Prairie Farm Rehabilitation Act to deal with the results of the drought in the 1930's; the Prairie Farm Assistance Act to mitigate the effects of crop failure; Feed Grain Assistance Regulations to assist in the movement of western feed grains to Eastern Canada and British Columbia; and the former Maritime Marshland Rehabilitation Act to save valuable soil in the Maritime Provinces. Much has been accomplished and will still be accomplished by some of these measures, but significant structural changes in agriculture have occurred and income problems will be tackled more and more by assistance in the fields of marketing, crop insurance and credit. Consequently, new legislation was enacted to meet these situations: price support (Agricultural Stabilization Act, Dairy Products Support Program), crop insurance (Crop Insurance Act), and credit facilities (Farm Credit Act).

In response to major social, economic and technological changes

affecting the farm community, the Canada Department of Agriculture has started a new program directed towards the problems of small farmers. It is called the Small Farm Development Program.

The Agricultural Rehabilitation and Rural Development Act (ARDA) and the Fund for Rural Economic Development (FRED), both under the jurisdiction of the Minister of Regional Economic Expansion, also promotes better land use and economic development in rural areas.

To assist farmers in marketing their products, the Agricultural Products Cooperative Marketing Act, the Agricultural Products Marketing Act and the Farm Products Marketing Agencies Act have been brought into force. Other services such as CANFARM (Canadian Farm Management Data Systems), a management information system for farmers, using modern data processing techniques and an increased emphasis on market information, are providing increased information and assistance to agricultural producers.

The following section describes the major income support and social development programs that have been established to improve economic opportunities for farmers and examines the relationship of this group to the social security system.

The Agricultural Stabilization Act

The Agricultural Stabilization Act stabilizes the prices of certain agricultural products to assist farmers in realizing fair returns for labour and investment, and to maintain a fair relationship between prices received by farmers and the cost of the goods and services that they buy. In a sense, this program can be compared to minimum wage legislation for industrial workers.

During the 15 fiscal years that the Act has been in operation, the cost of stabilization programs has averaged about \$90 million a year. In recent years, a large portion of the fund has been applied to the Dairy sector. The Agricultural Stabilization Board has available a revolving fund of \$250 million. Losses incurred are made up by Parliamentary appropriations and any surplus is paid into the consolidated revenue fund. An advisory committee named by the Minister of Agriculture and composed of farmers or representatives of farm organizations assists the Board in its operations.

Prairie Farm Assistance Act

The Prairie Farm Assistance Act, passed in 1939, has provided for direct payments by the federal government on an acreage-and-yield basis to farmers in areas of low crop yield in the Prairie Provinces and in the Peace River area of British Columbia. Its purpose is to assist in dealing with a relief problem which the province and municipalities cannot meet alone and to enable farmers to put in a crop the following year. All farmers, except those covered by a provincial government crop insurance scheme, are required to contribute one per cent of the cash value of all grains sold

through licensed elevators to the prairie farm emergency fund, from which awards are paid under the Act. Deficits of the prairie farm emergency fund are made up by the federal government from the consolidated revenue fund. The importance of PFAA diminishes as Crop Insurance becomes more and more available to Prairie farmers.

Crop Insurance Act

The federal Crop Insurance Act, passed in 1959, assists in making the benefits of insurance protection on crops available in all provinces. This Act does not set up any specific insurance scheme but rather permits the federal government to assist the provinces to do so by making direct contributions towards the costs of providing insurance.

Contributions from the federal Treasury can now cover up to 50 per cent of the amount of premiums. In addition, the federal government may make loans to a province equal to 75 per cent of the amount by which the indemnities to be paid under policies of insurance exceed the aggregate of the premium receipts for that year, the reserve for the payment of indemnities, and two hundred thousand dollars. As an alternative to such loans the federal government may reinsure a major portion of the provincial risk in a crop insurance program.

The initiative for establishing schemes to meet farmers' requirements rests with the provinces, subject to the limitations of the Federal Act. The insurance schemes must be in the form of a production guarantee based on average yields over previous years. The guaranteed production cannot exceed 80 per cent of previous average yields. The protection is "all-risk" in nature in that all unavoidable hazards due to weather, insects and diseases are generally included. Insurance plans may be developed on the basis of specific crops for areas within the province and agreements between the province and the federal government set out the terms of insurance coverage.

In 1971, agreements were in force with eight provinces, covering 86 different crop insurance plans, the exceptions being New Brunswick and Newfoundland. A total of 46,325 farmers participated in the various provincial plans and the total amount of insurance in force was slightly in excess of \$131 million. Total premiums, including the percentage paid by Government, was \$9,500,000.

Small Farm Development Program

A Small Farm Development Program was offered to Canadian farmers by the Minister of Agriculture in the fall of 1972. The program consists of a Land Transfer Plan administered by the Farm Credit Corporation and a Rural Development and Farm Management Service developed with the cooperation of federal and provincial Departments of Agriculture. The main objectives of the program are (a) to assist the low-income farmer who wishes to stay in agriculture to acquire additional land for the development

of a viable operation; (b) to provide help for the small farm operator who wishes to retire or take advantage of alternative opportunities by means of a cash assistance grant and other benefits relating to the disposal of his property.

Under the land transfer plan, special credit is available to enable the small farm operator to buy more land on Agreement for Sale. A down payment as low as \$200 is sufficient for purchases of up to \$20,000. The farmer has 26 years to repay his loan and he is not required to mortgage the farm he already owns as security for his loan.

The land transfer plan also helps those who wish to sell their land by providing a listing service and by giving a grant to the vendor based on \$1,500 plus 10 per cent of the sale price of his farm, up to a maximum of \$3,500. This grant and the proceeds of the sale can be converted into an annuity that will assure a certain level of income for a number of years.

A sum of one hundred and fifty million dollars for seven years has been made available to cover the true costs of the program.

Rural Economic and Social Development

The Agricultural Rehabilitation and Development Act (ARDA) proclaimed in 1961, arose from the recognition of a national interest in achieving better land use, improving the viability of presently uneconomic farm units, and of improving employment and income opportunities in rural areas. In many areas of Canada, income is unacceptably low and land use faulty or inefficient. To some considerable degree, these economic, social and conservation problems have been caused by farm mechanization which places smaller, less-mechanized farmers at a disadvantage. A notable symptom of this is the decrease in the number of farms in Canada from about three quarters of a million in 1931 to less than half a million (431,000) in 1966.

The Act, amended in 1966 as the Agricultural and Rural Development Act, and supplemented in certain regions by the Fund for Rural Economic Development Act of 1966, commonly known as FRED, is intended to be complementary and supplementary to existing federal and provincial legislation in respect of renewable resources and rural social and economic development, to aid in the correlation and expansion of existing programs. As such, it has considerable potential as an instrument for programs of alternate land use, soil and water conservation, development of rural income and employment opportunities, and for research.

ARDA is a federal-provincial program which operated under a federal-provincial General Agreement, (ARDA I) from its inception to March 31, 1965 and under the Federal Provincial Rural Development Agreement from then to 1970 (ARDA II). Additional federal-provincial ARDA agreements have been completed covering the period 1970-1975 (ARDA III). The federal share of expenditures under ARDA I totalled \$27,136,000, and for ARDA II \$93,874,000. It is anticipated that expenditures under ARDA

III will exceed those for 1965-70. The federal share is usually 50 per cent of total cost.

Farmers and Social Security

Farmers are eligible for coverage and benefits under most of the social security programs in Canada. No distinction is made between the rural and urban population in this respect.

As of April 1, 1967 farmers who are not self-employed are covered under the Unemployment Insurance program. As a general rule, farm workers are excluded under provincial Workmen's Compensation programs. In practice, Alberta, British Columbia, Manitoba, Newfoundland, Ontario and Prince Edward Island grant coverage to farm workers but the number covered is small. Only in Ontario is coverage compulsory for farm workers, but in other provinces, if the farmers do not apply for it, farm workers may only take action in the law courts for accidents arising from employment.

FISHERMEN AND SEAMEN

Fishermen and seamen as individuals are covered under most social security programs. In addition, there are several programs designed especially for these people.

Fishing Vessel Insurance Plan

This Plan, formerly called the Fishermen's Indemnity Plan, has been in operation since 1953. It is administered by the Industrial Development Branch, Fisheries & Marine Service, Department of the Environment. New Regulations P.C. 1971-2282, effective November 2, 1971, have greatly broadened the scope of the Plan.

Coverage is now available to all approved Canadian fishing vessels with a minimum appraised value of \$500 and regardless of the size or ownership.

Premium rates range from a minimum of 1½ per cent to a maximum of 8 per cent. The 1½ per cent rate applies to all vessels with an insured value of \$5,000 or under. On all other vessels the premium rate is not fixed but is established commensurate with the risk insured. On vessels with an appraised value of over \$5,000 and up to \$25,000, the rate ranges from 2 to 8 per cent with a 70 per cent payout for a total loss. On vessels with an appraised value of over \$25,000, the rate ranges from 3 to 8 per cent and entitles the insured to 95 per cent payout for total loss. This coverage is optional for vessels with appraised values of \$5,000 to \$25,000 if they pay the 3 to 8 per cent premium.

Other new features include insurance on the basis of dual valuation. This establishes one insured value for partial loss and a second for total loss, the former being higher than the latter. Under the Plan, this type of

coverage is mandatory for vessels receiving a federal subsidy.

Third party liability coverage applies only in the case of a collision with another vessel.

The Plan is geared to encourage better “housekeeping” and safety practices on vessels and is designed to be self-supporting.

Unemployment Benefits

Unemployment Insurance benefits are provided both to self-employed fishermen and those who are employees. This is the only situation where Unemployment Insurance coverage is extended beyond employees to self-employed workers. For this purpose, the fish buyers assume the role of the employers. Such coverage acknowledges the situation that many fishermen are small-scale operators and that fishing is carried out by family units.

IMMIGRANTS

Immigrants to Canada have much the same access to social security programs as do Canadian citizens. As such, immigrant families with children are eligible for family allowances and are covered by Unemployment Insurance, the Canada and Quebec Pension Plans and Workmen's Compensation programs. Those who meet the residence requirements are eligible for the Old Age Security Pension and the Guaranteed Income Supplement.

Social assistance under federal and provincial programs is available to anyone in Canada on the basis of need. Immigrants are assisted by the Department of Manpower and Immigration until they are employed. Sponsored immigrants are the responsibility of their sponsors during their first five years in Canada.

Immigrants are also covered by the provisions of the occupational training for adults programs and manpower mobility programs.

Provincial Health Insurance Plans

All provinces, except British Columbia, provide first day coverage on arrival to the following persons: landed immigrants; repatriated Canadians; returning landed immigrants and Canadian citizens establishing residence in Canada for the first time.

In British Columbia, a resident is eligible to become an insured person after living in the province for a waiting period ending at midnight on the last day of the second month following the month of arrival. Eligibility for coverage, in the case of most plans, is contingent upon any registration and/or premium payment requirements being met.

In addition to the medical examination of immigrants, the Medical Services of the Department of National Health and Welfare assists immigrants in obtaining treatment after arrival in Canada. It pays for medical and dental care of unsponsored and indigent immigrants, who become ill

enroute or while awaiting employment, who do not qualify for provincial health services. In provinces that do not extend hospital care to immigrants, these costs are shared equally for a period not exceeding one year by agreements between the Department of Immigration and the provincial governments.

INDIANS AND ESKIMOS

Indians and Eskimos are entitled to benefits payable under universal federal programs such as Family Allowances, Old Age Security pensions and the Guaranteed Income Supplement. If they are contributors, they are entitled to benefits under the Unemployment Insurance program and the Canada and Quebec Pension Plans, and are covered by Workmen's Compensation if they are employed in jobs that are within the realm of this program. As veterans of the armed services they are entitled to those benefits available to all veterans in Canada.

All Indians and Eskimos are also eligible for certain provincial and territorial welfare allowances and services as residents of these jurisdictions. These include categorical allowances for the blind, the disabled and the aged, medical rehabilitation services in most provinces, and child welfare services in British Columbia, Nova Scotia, Ontario and Manitoba.

The provision to Indians and Eskimos of welfare benefits and services not included in the federal and provincial programs outlined above constitute a residual responsibility of the Department of Indian and Northern Affairs, which has a legal and historical interest in Indian and Eskimo affairs. Among such benefits and services are the provision of social assistance and auxiliary services to Indians in need on reserves, child care services and institutional care for adults. In a number of instances, these benefits are provided by provincial welfare services on the basis of cost-sharing agreements between D.I.N.A. and the provincial governments involved. There is also a developing trend for Indian bands to undertake the administration of welfare services on their reserves.

The Department of Indian and Northern Affairs administered social services to Indians and Eskimos in the Northwest Territories until April 1, 1969. On this date, the administration of the Mackenzie District was turned over to the government of the Northwest Territories in the first phase of a two-stage transfer. The second phase occurred a year later with the transfer of the Arctic District. The Department continues to administer social services, except child care programs, for Indians and Eskimos living in the Yukon.

The Department of Indian and Northern Affairs employs a multi-disciplined staff to work on various forms of self help for Indians on reserves. This kind of assistance covers such fields as homemaking, community improvement campaigns and recreation programs. Departmental staff are also involved in many activities related to programs of social

security such as development of local government, community development, relocation for employment, vocational training and housing.

Leadership training programs for members of the Indian and Eskimo communities have been developed to increase awareness of community needs and to foster the formation of additional appropriate Indian organizations for health, welfare, education and recreation. These programs have been developed with the cooperation of university extension departments, provincial departments of education and various health and welfare organizations.

Private and voluntary agencies are also contributing toward improving the condition of Indians. In some urban areas surveys have been conducted by welfare councils on the needs of Indians moving to those areas. As a result, improvements are being made in the facilities available for accommodation, recreation and other needs. Organizations of Indians, Eskimos and other citizens, such as the Indian-Eskimo Association, the Indian Brotherhood of the Northwest Territories and Inuit Tapirisat Association have been formed which serve as resource, liaison and service agencies working with other agencies and with governments toward the advancement and participation of native people in Canadian life.

Social Security Expenditures

From 1963 to March 31, 1972, expenditures by all levels of government on health and social welfare rose from \$3,898,500,000 to an estimated high of \$11,289,600,000, therefore increasing by a factor of 2.9. If these figures are adjusted to account for a greater population, the increase in per capita expenditures from \$208 to \$521 was about 150 per cent. Government expenditures may also be measured in relation to major economic indicators. On this basis, annual government expenditures on health and social welfare over the 1963-68 period remained relatively stable, fluctuating between 11.5 and 12.9 per cent of the net national income and between 8.6 and 9.7 per cent of the gross national product. Since 1968, however, they have tended to rise from year to year. See Tables A and B for related statistics.

The federal share of health and social welfare expenditures fell from 68.8 per cent in 1962-63 to 58.2 per cent in 1971-72, the provincial share rose from 28.2 per cent to 39.6 per cent, and municipal outlays declined from 3.0 per cent to 2.2 per cent.

Compared with the previous year, health and social welfare expenditures by all levels of government in 1971-72 increased by \$1,096,300,000 or close to 11 per cent. This may be compared to the rise of \$1,450,000,000 or 17 per cent in 1970-71 over 1969-70. Expenditures by the federal and provincial governments increased by 9.3 and 10.1 per cent respectively from 1970-71 to 1971-72. The main items causing this rise included: higher disbursements under the Old Age Security and Guaranteed Income Supplement programs, principally because of the lowering of the age of eligibility and increase in the monthly benefits paid; the greater expenditure incurred under the Canada Assistance Plan; much higher expenditures under the Unemployment Insurance Act; increases under the Canada Pension Plan; greater outlays for health and welfare for the Indian and Eskimo populations; rising expenditures under the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act.

The relative declines in outlay by the federal government as compared to the increases by the provincial governments in recent years have been caused, to a substantial degree, by increasing hospital expenditures by the provincial governments augmented by the effect of the "opting out" arrangements made available to the provinces. Under the Established Programs (Interim Arrangements) Act, a province may choose to receive contributions from the federal government in the form of a tax abatement and an equalization payment in lieu of a direct federal contribution under the program. The opting-out arrangements have the effect of showing an

increase in provincial government expenditure while the federal fiscal payment is treated not as an expenditure but as a transfer payment (see Table A). Thus, provincial expenditures include gross outlays by Quebec whereas the federal expenditures on health and social welfare do not include the large sums paid or transferred to that province under the Established Programs (Interim Arrangements) Act and other fiscal arrangements.

Health programs are taking a continually growing proportion of government money assigned to health and social welfare: in 1962-63 such programs accounted for \$1,247 million or 32 per cent and by 1971-72 they amounted to an estimated \$4,772 million or 42 per cent.

The following are the principal federal income maintenance programs and the money expended by them in 1971-72:

Program	\$ (in millions)
Family Allowances	554
Old Age Security	1,679
Guaranteed Income Supplement	526
Unemployment Insurance	1,123
Veterans Pensions	237
Veterans Allowances	83
Youth Allowances	60
Schooling Allowances (Quebec)	22
(federal fiscal transfer)	

Canada Assistance Plan expenditures in 1970-71 were \$390.9 million plus \$206.5 million that were transferred to Quebec under the Established Programs (Interim Arrangements) Act. Provincial Workmen's Compensation Boards spent \$255 million on cash benefits for pensions and compensations.

In the field of health, federal grants to the provinces under the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act totalled \$812 million. Hospital construction grants to the provinces and municipalities were terminated on March 31, 1970. Provincial expenditures on hospital care were estimated at \$1,794 million and expenditures on other health services at \$1,155 million. In addition, provincial Workmen's Compensation Boards paid \$77 million for medical aid and hospitalization, and municipal governments spent an estimated \$105 million on health.

Table A
Expenditures on Health and Social Welfare by All Levels of Government
(April 1, 1962 - March 31, 1972)

Year Ended March 31	Federal	Provincial	Municipal	Total
Total Expenditures (million \$)				
1963	2,683.5	1,097.7	117.3	3,898.5
1964	2,801.0	1,166.8	101.2	4,069.1
1965	2,969.7	1,376.1	108.2	4,454.0
1966	2,883.5	1,714.3	129.6	4,727.4
1967	3,243.6	2,013.8	127.0	5,384.4
1968	3,915.5	2,391.1	138.2	6,444.9
1969	4,414.3	2,776.7	179.2	7,370.2
1970	5,057.5	3,301.0	189.7	8,548.2
1971 (a)	5,962.5	4,017.2	213.5	10,193.3
1972 (a)	6,572.6	4,472.0	245.0	11,289.6
Per Capita Expenditures (dollars)				
1963	143.44	58.68	6.27	208.39
1964	146.95	61.22	5.31	213.48
1965	152.92	70.86	5.57	229.35
1966	145.80	86.68	6.56	239.04
1967	161.00	99.96	6.30	267.27
1968	190.92	116.59	6.73	314.25
1969	212.08	133.41	8.61	354.10
1970	239.57	156.36	8.99	404.92
1971 (a)	278.62	187.72	9.98	476.32
1972 (a)	303.37	206.42	11.31	521.09
Distribution (per cent)				
1963	68.8	28.2	3.0	100.0
1964	68.8	28.7	2.5	100.0
1965	66.7	30.9	2.4	100.0
1966	61.0	36.3	2.7	100.0
1967	60.2	37.4	2.4	100.0
1968	60.8	37.1	2.1	100.0
1969	59.9	37.7	2.4	100.0
1970	59.2	38.6	2.2	100.0
1971 (a)	58.5	39.4	2.1	100.0
1972 (a)	58.2	39.6	2.2	100.0

(a) Includes, or based on, estimated data.

Table B

**Government Expenditure on Social Security as a Percentage
of Gross National Product and National Income, Canada,
Fiscal Year 1963-64 to 1971-72, inclusive**

Fiscal Year	Gross National Product	National Income	Government Expenditure on Social Security		
			as a percentage of the		
Million Dollars			Gross National National Product Income		
1963-64	44,358	33,458	4,069	9.2	12.2
1964-65	48,364	36,106	4,454	9.2	12.3
1965-66	53,636	40,015	4,727	8.8	11.8
1966-67	59,265	44,130	5,391	8.6	11.5
1967-68	66,799	50,088	6,445	9.6	12.9
1968-69	73,225	55,548	7,370	10.1	13.3
1969-70	81,285	61,653	8,548 (a)	10.5	13.9
1970-71	86,871	65,141	10,193	11.7	15.6
1971-72	96,015	72,730	11,290	11.8	15.5

(a) Includes estimated data.

Appendix

PROVINCIAL HEALTH INSURANCE PLANS

The following tables summarize features of the provincial medical care and hospital insurance plans which are of most interest to the general public. It should be noted that this information is subject to change and anyone requiring more precise information should contact the appropriate provincial authority.

In general, the waiting period before new residents of a province can obtain coverage is until the first day of the third month from the date of assuming residence in a province.

All provinces provide first day coverage on arrival, discharge or release, as applicable, to bona fide residents who have had no immediate previous opportunity of acquiring coverage. This applies to the following groups in all provinces except British Columbia, where it applies only to new residents of group (a):

- (a) newborns, non-Canadian spouses of Canadian residents assuming residence in Canada for the first time, members of the Canadian Armed Forces, Royal Canadian Mounted Police and penitentiary prisoners (on discharge or release); and,
- (b) landed immigrants, repatriated Canadians, returning Canadians, returning landed immigrants and Canadian citizens establishing residence in Canada for the first time.

Eligibility for Coverage

In most plans, eligibility for coverage is contingent upon any registration and/or other premium payment requirements having been met. When changing residences, it is important to maintain any pre-existing coverage until the waiting period in the new province of residence has been fulfilled and to obtain details of any registration and/or premium payment requirements in the new province of residence to ensure continuity of health insurance coverage.

PROVINCIAL MEDICAL CARE INSURANCE PLANS

The following information is true for all provinces.

Benefits

All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospital are covered. These benefits are cost-shared by the provinces and the federal government.

Extra Benefits

These are provided generally on a limited basis. For specific details,

information may be obtained from provincial plan offices. The federal government is not contributing towards the cost of these extra benefits.

Monthly Premiums

The premiums given in the tables are those for persons who do not qualify for premium assistance due to limited income. The provisions for assistance vary from province to province.

BRITISH COLUMBIA

Provincial Medical Care Insurance Plan

<i>Extra Benefits</i>	Optometry, chiropractic, naturopathy, physiotherapy, podiatry, orthoptic treatment and services of Red Cross nurses, special nurses and V.O.N. Orthodontic services for cleft palate and/or harelip. (Free prescription drug program for residents over 65 and a drug subsidy program for those under 65 receive 90% medicare premium subsidy, administered through the Department of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria, B.C.).
<i>Monthly Premium</i>	Single — \$ 5.00 Couple — \$10.00 Family — \$12.50
<i>Plan Address</i>	Medical Services Commission, Parliament Buildings, Victoria, B.C. (Insurance contract may be obtained from the Medical Services Plan of British Columbia, 1410 Government St., Victoria, B.C., or through licensed carriers.) ¹

Provincial Hospital Insurance Plan

<i>Cost-Shared Benefits</i>	<i>In-patient:</i> Standard ward, and all approved available services. <i>Out-patient:</i> Emergency services, minor surgical procedure, day care surgical services, out-patient cancer therapy, psychiatric day care and night care services, day care rehabilitation services, narcotic addiction services, physiotherapy services, diabetic day care, and specified out-patient psychiatric services (in designated hospitals).
<i>Out-of-Province Benefits (Cost-Shared)</i>	In Canada: <i>In-patient:</i> within first 12 months of temporary absence from province — a maximum stay of 12 months, unless otherwise approved. <i>Referral:</i> if approved by Deputy Minister.

¹Licensed carriers are limited to group coverage.

Outside Canada:

In-patient: maximum \$50 per day for adults and children, \$12 per day for newborns (Canadian funds).

Authorized Charges

- a) \$1 per day for standard ward care, except newborns;
- b) \$2 per each emergency or minor surgical out-patient treatment;
- c) \$2 for day care surgical services;
- d) \$1 for out-patient cancer therapy;
- e) \$1 for psychiatric day care or night care and psychiatric out-patient services;
- f) \$1 for out-patient physiotherapy services;
- g) \$1 for diabetic day care services;
- h) \$1 for day care rehabilitation services.

Plan Address

British Columbia Hospital Insurance Services,
Department of Health,
Parliament Buildings,
Victoria, British Columbia. V8V 1X4

ALBERTA

Provincial Medical Care Insurance Plan

<i>Extra Benefits</i>	Dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations, optometric and chiropractic services, and podiatric services and appliances. An optional health services contract is available through the Commission providing Alberta Blue Cross Plan membership at reduced rates to residents who are not members of a group. For residents over 65 and their dependants, the Government provides a major portion of the cost of eyeglasses and assumes the cost of hearing aids, dentures and dental care and medical and surgical equipment, supplies and appliances.
<i>Monthly Premium</i>	Single — \$ 5.75 ² Couple — \$11.50 ² Family — \$11.50 ²
<i>Plan Address</i>	Alberta Health Care Insurance Commission, P.O. Box 1360, Edmonton, Alberta. T5J 2N3

Provincial Hospital Insurance Plan³

<i>Cost-Shared Benefits</i>	<i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services. <i>Out-patient:</i> 100% of all out-patient procedures rendered by the hospital; 100% of all diagnostic services and physiotherapy rendered in approved facilities outside the hospital; 100% of all out-patient services provided by provincial cancer clinics and provincial laboratories.
<i>Out-of-Province Benefits</i>	In Canada:

²Premium exemption for basic and optional coverage if member of a premium unit is 65 years or older. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status.

³These provincial plans also provide an extensive nursing home benefit. These benefits are not cost-shared under the federal Hospital Insurance and Diagnostic Services Act.

<i>(Cost-Shared)</i>	<p><i>In-patient:</i> 100% of all approved in-patient charges.</p> <p><i>Out-patient:</i> 100% for all services rendered by hospitals in Canada at their respective approved rates.</p> <p>Outside Canada:</p> <p><i>In-patient:</i> \$50 per day or the actual cost, whichever is the lesser, less the authorized charges.</p> <p><i>Out-patient:</i> The actual amount for charges less than \$25; for charges exceeding \$25, the lesser of the amount charged by the hospital or the amount payable in Alberta, but not less than \$25.</p>
<i>Authorized Charges</i>	<p>Adults and children, except newborns: \$5 for the first day in active treatment hospitals.</p> <p>Auxiliary Hospitals: \$3 per day after 120 days.</p>
<i>Plan Address</i>	<p>Alberta Hospital Services Commission, P.O. Box 2222, 6th Floor, 9912 — 107 Street, Edmonton, Alberta. T5J 2P4.</p>

SASKATCHEWAN

Provincial Medical Care Insurance Plan

<i>Extra Benefits</i>	Optometry, chiropractic, referred services by dentist for care of cleft palate and for orthodontic oral surgery. (Subsidized Hearing Aid Program).
<i>Monthly Premium</i>	None
<i>Plan Address</i>	Saskatchewan Medical Care Insurance Commission, Provincial Health Building, 3211 Albert Street, Regina, Saskatchewan. S4S 0A8.

Provincial Hospital Insurance Plan

<i>Cost-Shared Benefits</i>	<i>In-patient:</i> Standard ward and all available approved services. <i>Out-patient:</i> To the extent that a hospital is able to provide it.
<i>Out-of-Province Benefits (Cost-Shared)</i>	<p>In Canada:</p> <p><i>In-patient:</i> Standard ward rate less co-insurance charge where applicable. <i>Out-patient:</i> Total amount charged.</p> <p>Outside Canada:</p> <p><i>In-patient:</i> Maximums apply as to rate and number of days of care. <i>Out-patient:</i> Total amount charged, or a rate considered to be fair and reasonable.</p>
<i>Authorized Charges</i>	None
<i>Plan Address</i>	Saskatchewan Hospital Services Plan, Department of Public Health, Provincial Health Bldg., 3211 Albert Street, Regina, Saskatchewan.

MANITOBA

Provincial Medical Care Insurance Plan

Extra Benefits

Optometry, chiropractic. Prosthetic devices and certain limb and spinal orthotic devices and services when prescribed by an M.D. Contact lens following congenital cataract surgery. Artificial eyes. (Pharmacare program for residents over 65, administered by the Department of Health and Social Development).

Monthly Premium

None

Plan Address

Manitoba Health Services Commission,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba. R3C 2T6.

Provincial Hospital Insurance Plan⁴

Cost-Shared Benefits

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: All services, except drugs and dressings in certain cases.

Out-of-Province Benefits (Cost-Shared)

In Canada:

Rate approved by hospital's provincial plan.

Outside Canada:

The greater of 75% of hospital's charges or a daily allowance if:

- a) emergency,
- b) adequate care not available in Manitoba,
- c) within 3 months following permanent move,
- d) move due to temporary employment or education.

For elective cases, the lesser of 75% of hospital's charges or a daily allowance.

Authorized Charges

None

Plan Address

Manitoba Health Services Commission,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba. R3C 2T6.

⁴These provincial plans also provide an extensive nursing home benefit. These benefits are not cost-shared under the federal Hospital Insurance and Diagnostic Services Act.

ONTARIO

Provincial Medical Care Insurance Plan

<i>Extra Benefits</i>	Optometry, chiropractic, podiatry, osteopathy. (Also out-of-hospital benefits towards cost of physiotherapy and for ambulance services).
<i>Monthly Premium</i>	Single — \$11.00 ⁵ Couple — \$22.00 ⁵ Family — \$22.00 ⁵
<i>Plan Address</i>	Ontario Health Insurance Plan — Hamilton — 25 Main Street West Kingston — 1055 Princess Street London — 227 Queens Avenue Mississauga — 55 City Centre Drive Ottawa — 75 Albert Street Sudbury — 295 Bond Street Thunder Bay — 200 South Syndicate Avenue Toronto — 2195 Yonge Street (Eglinton) Windsor — 1427 Ouellette Avenue

Provincial Hospital Insurance Plan⁶

<i>Cost-Shared Benefits</i>	<i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services. <i>Out-patient:</i> Broad range of essential services, physio-, occupational, speech, radio-, and inhalation therapies, and other hospital services when medically necessary.
<i>Out-of-Province Benefits</i> <i>(Cost-Shared)</i>	In Canada: Full rate, less any co-insurance or capital charges made by province concerned.

In United States:

⁵Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or older and resided in province for at least the previous 12 months.

⁶These provincial plans also provide an extensive nursing home benefit. These benefits are not cost-shared under the federal Hospital Insurance and Diagnostic Services Act.

75⁰% of standard ward for elective admissions including room, board and all extras.

Outside Canada:

100⁰% of standard care in all cases occurring outside Canada or the U.S. 100⁰% of emergencies anywhere in the world.

Authorized Charges None.

Plan Address Ontario Health Insurance Plan —
Addresses same as above.

QUEBEC

Provincial Medical Care Insurance Plan

<i>Extra Benefits</i>	Optometry. Oral surgery in a university institution. Drug benefit (social assistance recipients and beneficiaries of the maximum old age pension and supplement).
<i>Monthly Premium</i>	None. ⁷
<i>Plan Address</i>	Quebec Health Insurance Board, P.O. Box 6600, Quebec 2, P.Q.

Provincial Hospital Insurance Plan

<i>Cost-Shared Benefits</i>	<i>In-patient:</i> Standard ward, including all available services. <i>Out-patient:</i> Certain psychiatric services, emergency (24 hrs.), minor surgery, including x-ray and laboratory examinations and related interpretation, physiotherapy, radio-therapy, medical orthoptics, occupational therapy, audiology and speech therapy.
<i>Out-of-Province Benefits (Cost-Shared)</i>	<i>In Canada:</i> <i>In-patient:</i> Approved standard ward rate. <i>Out-patient:</i> Insured services at the prevailing rate of the hospital where these services are received. <i>Outside Canada:</i> <i>In-patient:</i> Elective cases: up to \$25 per day. Emergency or sudden illness and referral cases receiving prior approval: room and board at the ward rate plus cost of other insured services. Excluded: spas, psychiatric and tuberculosis hospitals.

⁷There is, however, a provincial income tax surcharge which requires married persons with a net income exceeding \$5,000 and single persons with a net income exceeding \$2,500 to contribute 0.8% of their net income for this coverage. The maximum annual contribution is \$125 for tax-paying employees who derive at least three-quarters of their incomes from their salaries or wages, and \$200 for others.

Out-patient: the prevailing rate of the hospital where the insured services are received provided that:

- a) the services were received within 24 hours following an accident;
- b) the services became necessary due to a sudden illness or emergency.

Authorized Charges None.

Plan Address Ministry of Social Affairs,
Joffre Building,
1075 Chemin Ste-Foy,
Quebec, P.Q. G1A 1B9.

NEW BRUNSWICK

Provincial Medical Care Insurance Plan

<i>Extra Benefits</i>	None
<i>Monthly Premium</i>	None
<i>Plan Address</i>	Department of Health, Medicare Division, Box 5100, Fredericton, N.B. E3B 5G4.

Provincial Hospital Insurance Plan

<i>Cost-Shared Benefits</i>	<i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services. <i>Out-patient:</i> All approved available services.
<i>Out-of-Province Benefits (Cost-Shared)</i>	<i>In Canada:</i> <i>In-patient:</i> Complete coverage at standard ward rate approved by hospital's provincial plan. <i>Out-patient:</i> Total amount charged for entitled services at rates approved by hospital's provincial plan. Outside Canada. <i>In-patient:</i> Coverage — all inclusive rate, not in excess of the average standard ward rate of the three largest New Brunswick hospitals, rounded to the nearest dollar. <i>Out-patient:</i> Coverage — entitled out-patient services at New Brunswick rates.
<i>Authorized Charges</i>	None
<i>Plan Address</i>	Department of Health, Medicare Division, Box 5100, Fredericton, N.B. E3B 5G4.

NOVA SCOTIA

Provincial Medical Care Insurance Plan

Extra Benefits Optometric visual analysis.

Monthly Premium None

Plan Address Health Services and Insurance Commission,
Lord Nelson Building,
5675 Spring Garden Road,
Halifax, N.S. B3J 1H2.

Provincial Hospital Insurance Plan

Cost-Shared Benefits *In-patient:* Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Broad range of essential services as approved by regulation including: medically necessary laboratory, electroencephalographic and radiological examinations, radiotherapy for malignant and non-malignant conditions, electrocardiograms, physiotherapy where available, various drugs, hospital services including meals for day patient care for diabetes, hemodialysis, ultrasonic diagnostic procedures and interpretations and electrocardiograms and interpretations, as well as various emergency diagnoses and treatment within 48 hrs. of an accident and various hospital services connected with minor medical and surgical procedures.

*Out-of-Province
Benefits
(Cost-Shared)*

In Canada:

In-patient only for:

- a) emergencies and
- b) with prior approval of Commission of a medically necessary referral outside Nova Scotia from a Nova Scotia physician.

Outside Canada:

Ward rate up to \$100 per day, plus 75% of the remainder. \$11 per day for infants less than 15 days old.

Authorized Charges None

Plan Address

Health Services and Insurance Commission,
Lord Nelson Building,
5675 Spring Garden Road,
Halifax, N.S. B3J 1H2.

PRINCE EDWARD ISLAND

Provincial Medical Care Insurance Plan

<i>Extra Benefits</i>	None
<i>Monthly Premium</i>	None
<i>Plan Address</i>	Health Services Commission, P.O. Box 4500, Charlottetown, P.E.I.

Provincial Hospital Insurance Plan

<i>Cost-Shared Benefits</i>	<i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services. <i>Out-patient:</i> Laboratory procedures as specified; radiological procedures as specified, including use of radio-active isotopes; drugs, biological and related preparation for emergency diagnosis and treatment; all other services specified as in-patient services.
<i>Out-of-Province Benefits (Cost-Shared)</i>	<i>In Canada:</i> <i>In-patient and out-patient:</i> 1) emergency 2) in-patient and out-patient services, with approval of Commission. <i>Outside Canada:</i> <i>In-patient services only</i> to maximum of \$70 per day as per 1) and 2) above.
<i>Authorized Charges</i>	None
<i>Plan Address</i>	Hospital Services Commission of Prince Edward Island, P.O. Box 4500, Charlottetown, P.E.I.

NEWFOUNDLAND

Provincial Medical Care Insurance Plan

<i>Extra Benefits</i>	None.
<i>Monthly Premium</i>	None.
<i>Plan Address</i>	Newfoundland Medical Care Insurance Commission, Elizabeth Towers, Elizabeth Avenue, St. John's, Newfoundland.

Provincial Hospital Insurance Plan

<i>Cost-Shared Benefits</i>	<i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services. <i>Out-patient:</i> Laboratory, radiological, and other diagnostic procedures, including the necessary interpretations; radiotherapy and physiotherapy where available; occupational therapy, where available; out-patient visits; emergency visits, operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.
<i>Out-of-Province Benefits (Cost-Shared)</i>	Same benefits as provided in the province.
<i>Authorized Charges</i>	None.
<i>Plan Address</i>	Department of Health, Confederation Building, St. John's, Newfoundland.

NORTHWEST TERRITORIES

Provincial⁸ Medical Care Insurance Plans

<i>Extra Benefits</i>	None.
<i>Monthly Premium</i>	None.
<i>Plan Address</i>	N.W.T. Health Care Plan, Government of the Northwest Territories, Yellowknife, N.W.T. X0E 1H0.

Provincial⁸ Hospital Insurance Plans

<i>Cost-Shared Benefits</i>	<i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services. <i>Out-patient:</i> Emergency and follow-up treatment of injuries; medically necessary diagnostic radiological examinations with necessary interpretations; laboratory examinations; minor surgical procedures.
<i>Out-of-Province Benefits (Cost-Shared)</i>	<i>In Canada:</i> <i>In-patient:</i> Rate approved for hospital by its own provincial plan, less N.W.T. co-insurance. <i>Out-patient:</i> Same benefits as in N.W.T. <i>Outside Canada:</i> Up to maximum specified rate.
<i>Authorized Charges</i>	<i>In-patient:</i> \$1.50 co-insurance per day for adults, children and the newborn.
<i>Plan Address</i>	N.W.T. Health Care Plan, Government of the Northwest Territories, Yellowknife, N.W.T. X0E 1H0.

⁸In this context the word “provincial” should be taken to include a reference to the Northwest Territories.

YUKON TERRITORIES

Provincial⁹ Medical Care Insurance Plan¹⁰

<i>Extra Benefits</i>	None
<i>Monthly Premium</i>	Single — \$ 6.50 Couple — \$12.50 Family — \$14.50
<i>Plan Address</i>	Yukon Health Care Insurance Plan, P.O. Box 2703, Whitehorse, Yukon.

Provincial⁹ Hospital Insurance Plan

<i>Cost-Shared Benefits</i>	<i>In-patient:</i> Standard ward and all approved available services. <i>Out-patient:</i> Laboratory, radiological and other diagnostic procedures as well as the necessary interpretations for the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability, excluding simple procedures which ordinarily form part of a physician's routine office examinations; day care surgical services.
<i>Out-of-Province Benefits (Cost-Shared)</i>	<i>In Canada:</i> <i>In-patient:</i> Rate approved for hospital by its own provincial plan. <i>Out-patient:</i> Same benefits as in Territory. <i>Outside Canada:</i> Maximum applied as to rate.
<i>Authorized Charges</i>	None
<i>Plan Address</i>	Yukon Hospital Insurance Services, P.O. Box 2703, Whitehorse, Yukon.

⁹In this context the word "provincial" should be taken to include a reference to the Yukon Territory.

¹⁰Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums.

Régime provincial⁹ d'assurance-maladie¹⁰

Garanties
supplémentaires
Prime mensuelle

Célibataire — \$ 6.50
Couple — \$12.50
Famille — \$14.50

Adresse

Régime de l'assurance-santé du Yukon,
B.P. 2703,
Whitehorse (Yukon).

Régime provincial⁹ d'assurance-hospitalisation

Indemnités à frais
partagés

Malades hospitalisés: salle commune et tous les services approuvés disponibles.

Malades non hospitalisés: laboratoire, radiologie et autres services de diagnostic, ainsi que les analyses nécessaires au diagnostic et au traitement de blessures, maladies ou invalidités, à l'exclusion des examens qui font partie du travail ordinaire du médecin; services chirurgicaux de jour.

Indemnités à

l'extérieur de
la province
(frais partagés)

Au Canada:
Malades hospitalisés: tarif approuvé pour l'hôpital par le régime hospitalier de la province.
Malades non hospitalisés: mêmes indemnités que dans la province.

A l'extérieur du Canada:

Tarif maximum.

Frais autorisés

Aucun

Adresse

Service d'assurance-hospitalisation du Yukon,
B.P. 2703,
Whitehorse (Yukon).

⁹Dans le présent contexte, le mot "provincial" englobe le Territoire du Yukon.
¹⁰La garantie dépend de la résidence et non de l'acquisition des primes.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Régime provincial⁸ d'assurance-maladie

Garanties

Aucune

supplémentaires

Prime mensuelle

Aucune

Adresse

Régime de l'assurance-santé des Territoires

du Nord-Ouest,

Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest,

Yellowknife (T. du N.-O.), X0E 1H0

Régime provincial⁸ d'assurance-hospitalisation

Indemnités à frais

partagés

Malades hospitalisés: salle commune et tous les services approuvés disponibles.

Malades non hospitalisés: traitement d'urgence et post-hospitalier de blessures; examens radiologiques médicalement requis et analyses nécessaires au diagnostic; examens de laboratoire; interventions chirurgicales mineures.

Indemnités à

l'extérieur de

la province

(frais partagés)

Malades hospitalisés: tarif approuvé pour l'hôpital par le régime de sa propre province, moins les frais de coassurance des Territoires du Nord-Ouest.

Malades non hospitalisés: mêmes prestations que dans les Territoires du Nord-Ouest.

A l'extérieur du Canada:

Jusqu'au tarif maximum spécifié.

Frais autorisés

Malades hospitalisés: \$1.50 de frais autorisés par jour pour adultes, enfants et nouveau-nés.

Adresse

Régime de l'assurance-santé des Territoires

du Nord-Ouest,

Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest,

Yellowknife (T. du N.-O.), X0E 1H0

⁸Dans le présent contexte, le mot "provincial" englobe les Territoires du Nord-Ouest.

TERRE-NEUVE

Régime provincial d'assurance-maladie

Garanties
supplémentaires

Aucune

Prime mensuelle

Aucune

Adresse

Commission de l'assurance médicale de
Terre-Neuve,
Tours Elizabeth,
Avenue Elizabeth,
Saint-Jean (T.-N.).

Régime provincial d'assurance-hospitalisation

Indemnités à frais
partagés

Malades hospitalisés: salle commune et tous les
services approuvés disponibles.

Malades non hospitalisés: laboratoire, radiologie,
autres services de diagnostic, y compris les analyses
nécessaires; radiothérapie et physiothérapie, si ces
services sont offerts, ergothérapie, si disponible,
visites aux malades non hospitalisés, visites d'ur-
gence, salle d'opération et tous les appareils et
fournitures, moulanges en plâtre, médicaments et
appareils médicaux et chirurgicaux utilisés dans un
hôpital.

Indemnités à
l'extérieur de
la province
(frais partagés)

Mêmes indemnités que dans la province.

Frais autorisés

Aucun

Adresse

Ministère de la Santé,
Immeuble de la Confédération,
Saint-Jean (T.-N.).

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Régime provincial d'assurance-maladie

Garanties

supplémentaires

Prime mensuelle

Adresse

Commission des services de santé,

B.P. 4500,

Charlottetown (I.-du-P.-É.).

Régime provincial d'assurance-hospitalisation

Indemnités à frais

partagés

Malades hospitalisés: salle commune et tous les services approuvés disponibles.

Malades non hospitalisés: examens de laboratoire tels qu'ils sont précisés: services de radiologie tels qu'ils sont précisés, y compris l'utilisation d'isotopes radio-actifs, médicaments, substances biologiques et autres préparations connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence; tous les autres services indiqués comme services aux malades hospitalisés.

Au Canada:

1) urgence

2) services aux malades hospitalisés et non hospitalisés, avec l'approbation de la Commission.

A l'extérieur du Canada:

Services aux malades hospitalisés seulement: maximum de \$70 par jour, aux conditions indiquées en 1) et 2).

Frais autorisés

Aucun

Adresse

Commission des services hospitaliers de

l'Île-du-Prince-Édouard,

B.P. 4500,

Charlottetown (I.-du-P.-É.).

Tarif de la salle commune jusqu'à concurrence de \$100 par jour, plus 75 p. 100 des frais restants; pour les nourrissons de moins de 15 jours, \$11 par jour.

Frais autorisés

Aucun

Adresse

Commission de l'assurance et des services de santé,
Immeuble Lord Nelson,
5675, chemin Spring Garden,
Halifax (N.-É.), B3J 1H2

NOUVELLE-ÉCOSSE

Régime provincial d'assurance-maladie

Examen de la vue.

Garanties
supplémentaires

Aucune

Prime mensuelle

Adresse

Commission de l'assurance et des services de santé,
Immeuble Lord Nelson,
5675, chemin Spring Garden,
Halifax (N.-É.), B3J 1H2

Régime provincial d'assurance-hospitalisation

Malades hospitalisés: salle commune et tous les services approuvés disponibles.

Indemnités à frais
partagés

Malades non hospitalisés: vaste éventail de services essentiels approuvés par règlement, comprenant: analyses de laboratoire médicalement nécessaires, examens électroencéphalographiques et radiologiques, radiothérapie pour maladies malignes ou bénignes, électrocardiogrammes, établissements de physiothérapie, s'il y en a, divers médicaments, services hospitaliers, y compris les repas pour diabétiques en traitement de jour, hémodialyse, méthodes diagnostiques au moyen des ultrasons et analyse des résultats, électrocardiogramme et analyse des résultats, divers cas d'urgence traités dans les 24 heures suivant un accident et divers services hospitaliers relatifs à des interventions chirurgicales ou médicales mineures.

Au Canada:

Indemnités à
l'extérieur de
la province
(frais partagés)

Malades hospitalisés seulement: pour
a) les cas d'urgence et
b) avec l'approbation préalable de la Commission, pour les traitements suivis à l'extérieur de la province recommandés par un médecin de la province.

A l'extérieur du Canada:

NOUVEAU-BRUNSWICK

Régime provincial d'assurance-maladie

Garanties
supplémentaires

Aucune

Prime mensuelle

Adresse

Ministère de la Santé,
Division de l'assurance-médicale,
Boîte 5100,
Frédéricton (N.-B.), E3B 5G4

Régime provincial d'assurance-hospitalisation

Indemnités à frais
partagés

Malades hospitalisés: salle commune et tous les
services approuvés disponibles.
Malades non hospitalisés: tous les services approu-
vés disponibles.

Au Canada:

Indemnités à
l'extérieur de
la province
(frais partagés)

Malades hospitalisés: protection complète au tarif
de la salle commune approuvé par le régime hospi-
talier de la province.
Malades non hospitalisés: totalité des frais des ser-
vices assurés au tarif approuvé par le régime hospi-
talier de la province.

A l'extérieur du Canada:

Malades hospitalisés: tous les frais ne dépassant
pas le tarif moyen de la salle commune (en arron-
dissant les chiffres) de trois plus grands hôpitaux
de la province.
Malades non hospitalisés: services assurés aux ma-
lades non hospitalisés aux tarifs de la province.

Frais autorisés

Aucun

Adresse

Ministère de la Santé,
Division de l'assurance médicale,
Boîte 5100,
Frédéricton (N.-B.), E3B 5G4

malade dirigé pour traitement après autorisation au préalable; logement et pension au tarif de la salle commune plus les frais des autres services assurés. Sont exclus: les stations thermales, les sanatoriums, et les hôpitaux psychiatriques.

Malades non hospitalisés: tarif de l'hôpital où les soins sont dispensés, pourvu

a) qu'ils le soient dans les 24 heures suivant un accident

b) qu'ils soient devenus nécessaires par suite d'une maladie subite ou d'une urgence.

Frais autorisés

Aucun

Adresse

Ministère des Affaires sociales,
 Édifice Joffre,
 1075, chemin Ste-Foy,
 Québec (Québec), G1A 1B9

QUÉBEC

Régime provincial d'assurance-maladie

Optométrie, chirurgie buccale effectuée dans un établissement universitaire. Prestation pour les médicaments (pour les assistés sociaux et les bénéficiaires de la pension de vieillesse maximale et du supplément).

Garanties supplémentaires

Prime mensuelle

Aucune⁷

Adresse

Régie de l'assurance-maladie du Québec,
B.P. 6600,
Québec 2, Québec.

Régime provincial d'assurance-hospitalisation

Malades hospitalisés: salle commune et tous les services disponibles.

Indemnités à frais partagés

Malades non hospitalisés: certains services psychiatriques, services d'urgence (24 h), interventions chirurgicales mineures, radiographie, analyses de laboratoire et examens connexes, physiothérapie, orthoptie médicale, ergothérapie, audiologie, orthophonie et radiothérapie.

Indemnités à l'extérieur de la province (frais partagés)

Au Canada:
Malades hospitalisés: tarif de la salle commune approuvé.
Malades non hospitalisés: services assurés, au tarif de l'hôpital en cause.

A l'extérieur du Canada:

Malades hospitalisés: hospitalisation élective: jusqu'à \$25 par jour. Urgence, maladie subite ou ⁷Les gens mariés dont le revenu net dépasse \$5,200.00 et les célibataires dont le revenu net dépasse \$2,600.00 sont tenus de verser .8 pour 100 de leur revenu net pour cette assurance. La contribution annuelle maximale est de \$125.00 pour les contribuables salariés dont au moins les trois quarts du revenu proviennent de salaires ou traitements et \$200.00 pour les autres.

Aux États-Unis :	75 p. 100 du tarif de la salle commune pour les hospitalisations électives, y compris le logement, la nourriture et tous les services supplémentaires.
A l'extérieur :	100 p. 100 des frais des services d'urgence partout dans le monde. Plein tarif de la salle commune dans tous les autres cas.
Frais autorisés	Aucun
Adresse	Régime d'assurance-maladie de l'Ontario — Voir les adresses ci-haut notées

ONTARIO

Régime provincial d'assurance-maladie

Optométrie, chiropraxie, podiatrie, ostéopathe. (Prestations aux malades non hospitalisés pour le coût des traitements de physiothérapie et les frais des services d'ambulance).

Garanties supplémentaires

Prime mensuelle

Célibataire — \$11.00⁵
Couple — \$22.00⁵
Famille — \$22.00⁵

Adresse

Régime d'assurance-maladie de l'Ontario —
Hamilton — 25, rue Main ouest
Kingston — 1055, rue Princess
London — 227, ave Queens
Mississauga — 55, City Centre Drive
Ottawa — 75, rue Albert
Sudbury — 295, rue Bond
Thunder Bay — 200 sud ave Syndicate
Toronto — 2195, rue Yonge (Eglinton)
Windsor — 1427, ave Ouellette

Indemnités à frais partagés

Malades hospitalisés: salle commune et tous les services approuvés disponibles.
Malades non hospitalisés: vaste éventail de services essentiels, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, radiothérapie, aérosolthérapie et autres services hospitaliers médicalement nécessaires.

Indemnités à l'extérieur de la province (frais partagés)

Au Canada :
Plein tarif des autres provinces canadiennes moins les frais modérateurs ou les charges d'établissement de la province en cause.

⁵Taux pour l'assurance médicale et l'assurance-hospitalisation combinées. Exemption de prime si l'un des membres de l'unité familiale est âgé de 65 ans ou plus et résidant dans la province depuis au moins les 12 derniers mois.
⁶Ces régimes provinciaux offrent également une forte indemnité pour les maisons de repos. Ces prestations ne sont partagées en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques.

c) soins dispensés dans les 3 mois suivant le départ permanent;
d) absence temporaire pour travail ou études.
La moins élevée de ces deux sommes: 75 p. 100 des frais ou une allocation quotidienne pour les cas électifs.

Frais autorisés

Aucun

Adresse

Commission des services sanitaires du Manitoba,
599, rue Empress,
Winnipeg (Manitoba), R3C 2T6

MANITOBA

Régime provincial d'assurance-maladie

Optométrie, chiropraxie. Prothèses et certains appareils orthopédiques pour les membres et la colonne vertébrale, services prescrits par un médecin. Lentilles cornéennes requises après opération d'une cataracte congénitale. Yeux artificiels. (Régime d'assurance pour les produits pharmaceutiques pour les personnes de plus de 65 ans — administré par le ministère de la Santé et du Développement social).

Prime mensuelle

Aucune.

Adresse

Commission des services de santé du Manitoba,
599, rue Empress,
Winnipeg (Manitoba), R3C 2T6

Régime provincial d'assurance-hospitalisation⁴

Malades hospitalisés: salle commune et tous les services approuvés disponibles.
Malades non hospitalisés: tous les services sauf, dans certains cas, les médicaments et les pansements.

Indemnités à frais
partagés

Indemnités à
l'extérieur de
la province

Au Canada:

Tarif approuvé par le régime hospitalier de la province.

A l'extérieur du Canada:

La plus élevée de ces deux sommes: 75 p. 100 des frais ou une allocation quotidienne, dans les cas suivants:

a) urgence;

b) les soins requis ne peuvent être dispensés au Manitoba;

⁴Ces régimes provinciaux offrent également une forte indemnité pour les maisons de repos. Ces prestations ne sont partagées en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques.

SASKATCHEWAN

Régime provincial d'assurance-maladie

Optométrie, chiropraxie, services demandés à un dentiste pour le traitement d'une fissure palatine et pour des travaux d'orthodontie (Programme de subventions pour prothèses auditives).

Garanties
supplémentaires

Prime mensuelle

Aucune

Adresse

Commission de l'assurance médicale de la Saskatchewan,
Immeuble de la Santé provinciale,
3211, rue Albert,
Regina (Saskatchewan), S4S 0A8

Régime provincial d'assurance-hospitalisation

Malades hospitalisés: salle commune et tous les services approuvés disponibles.

Indemnités à frais
partagés

Malades non hospitalisés: dans la mesure où un hôpital peut assurer le service.

Indemnités à

Au Canada:
Malades hospitalisés: tarif de la salle commune, moins les frais modérateurs, le cas échéant.
Malades non hospitalisés: totalité des frais.

l'extérieur de
la province
(frais partagés)

A l'extérieur du Canada:
Malades hospitalisés: maximum du tarif et du nombre de jours de soins.
Malades non hospitalisés: coût total ou montant jugé raisonnable.

Frais autorisés

Aucun

Adresse

Régime des services hospitaliers de la Saskatchewan,
Ministère de la Santé publique,
Immeuble provincial de la Santé,
3211, rue Albert,
Regina (Saskatchewan)

100 du coût de tous les services externes rendus dans les cliniques provinciales de cancer et les laboratoires provinciaux.

Au Canada :

Malades hospitalisés: 100 p. 100 du coût des services approuvés.
Malades non hospitalisés: 100 p. 100 du coût de tous les services aux taux approuvés.

A l'extérieur du Canada :

Malades hospitalisés: la moins élevée de ces deux sommes: \$50 par jour ou le coût réel, moins les frais autorisés.

Malades non hospitalisés: coût réel pour les services de moins de \$25; pour ceux de plus de \$25, la plus petite de ces deux sommes: le montant demandé par l'hôpital ou le montant payable en Alberta (minimum \$25).

Adultes et enfants sauf les nouveau-nés; \$5 le premier jour dans les hôpitaux généraux.
Hôpitaux auxiliaires: \$3 par jour après 120 jours d'hospitalisation.

Adresse

Commission des services hospitaliers de l'Alberta,
B.P. 22222,

6^e étage, 9912 - 107^e rue,
Edmonton (Alberta) T5J 2P4

Indemnités à
l'extérieur de
la province
(frais partagés)

Régime provincial d'assurance-maladie

Soins dispensés par des chirurgiens dentistes conformément aux règlements, optométrie, chiropraxie, soins podiatriques et appareils. Une assurance facultative est offerte par la commission qui donne, à prix réduit, des cartes de membre de la Croix-Bleue de l'Alberta aux résidents qui ne font partie d'aucun groupe. Pour les résidents de plus de 65 ans et les personnes à leur charge, le gouvernement assume en grande partie le coût des lunettes et en entier celui des prothèses auditives, ainsi que les frais des soins dentaires y compris les dentiers, l'appareillage médical et chirurgical et les fournitures.

Prime mensuelle

Célibataire — \$ 5.75²

Couple — \$11.50²

Famille — \$11.50²

Adresse

Commission de l'assurance médicale de l'Alberta,
B.P. 1360,

Edmonton (Alberta), T5J 2N3

Régime provincial d'assurance-hospitalisation³

Malades hospitalisés: salle commune et tous les services approuvés disponibles.

Malades non hospitalisés: 100 p. 100 du coût de tous les services externes offerts par l'hôpital; 100 p. 100 du coût de tous les services de diagnostic et de physiothérapie donnés dans des établissements approuvés en dehors des hôpitaux: 100 p.

Indemnités à frais
partagés

²Exemption de la prime pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si l'un des membres de l'unité familiale est âgé de 65 ans ou plus. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport à l'assurance médicale.

³Ces régimes provinciaux offrent également une forte indemnité pour les maisons de repos. Ces prestations ne sont partagées en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques.

Indemnités à l'extérieur de la province (frais partagés)

a) aux malades hospitalisés dans les 12 premiers mois d'absence temporaire de la province, pour un séjour maximal de 12 mois, à moins d'autorisation contraire.

b) aux malades dirigés pour traitements avec l'approbation du sous-ministre.

A l'extérieur du Canada :

c) un maximum de \$50 par jour pour les adultes et les enfants hospitalisés et de \$12 par jour pour les nouveau-nés (devises canadiennes).

Frais autorisés

a) \$1 par jour pour les soins en salle commune pour les adultes et les enfants sauf les nouveau-nés.

b) \$2 pour tout service d'urgence ou intervention chirurgicale mineure à un malade non hospitalisé.

c) \$2 par jour pour les services de chirurgie de jour.

d) \$1 pour les soins aux cancéreux non hospitalisés.

e) \$1 pour les soins psychiatriques de jour ou de nuit et pour les services psychiatriques aux malades non hospitalisés.

f) \$1 pour les services de physiothérapie aux malades non hospitalisés.

g) \$1 pour les services de jour aux diabétiques.

h) \$1 pour les services de réadaptation de jour.

Adresse

Services d'assurance-hospitalisation de la Colombie-Britannique,
Ministère de la Santé,
Immeuble du Parlement,
Victoria (C.-B.), V8V 1X4

Régime provincial d'assurance-maladie

Optométrie, chiropraxie, naturopathie, physiothérapie, podiatrie, soins orthoptiques, services des infirmières de la Croix-Rouge, de l'Ordre de Victoria ou infirmières particulières, services orthodontiques pour fissure palatine ou bec-de-lièvre. (Produits de prescription gratuits pour les personnes de plus de 65 ans et partiellement payés pour les personnes de moins de 65 ans recevant du programme 90% du coût de la prime; programmes administrés par le ministère des Ressources humaines, Immeuble du Parlement, Victoria (C.-B.)).

Prime mensuelle

Célibataire — \$ 5.00
Couple — \$10.00
Famille — \$12.50

Adresse

Commission des services médicaux,
Immeuble du Parlement,
Victoria (C.-B.)

(Pour obtenir un contrat d'assurance, s'adresser au Régime des services médicaux de la Colombie-Britannique, 1410, rue du Gouvernement, Victoria (C.-B.) ou aux compagnies autorisées.)¹

Régime provincial d'assurance-hospitalisation

Malades hospitalisés: salle commune, tous les services approuvés disponibles.

Malades non hospitalisés: services d'urgence, interventions chirurgicales mineures, services de chirurgie dispensés de jour, traitement des cancéreux non hospitalisés, soins psychiatriques de jour et de nuit, services de réadaptation dispensés de jour, services de traitement de la toxicomanie, services de physiothérapie, traitement de jour pour les diabétiques et certains services de psychiatrie aux malades non hospitalisés (dans les hôpitaux désignés).

Indemnités à frais
partagés

¹Compagnies autorisées limitées à l'assurance-groupe.

obtenir des précisions à ce sujet en s'adressant à la régie provinciale. Le gouvernement fédéral ne supporte aucune partie des frais relatifs à ces prestations supplémentaires.

Primes mensuelles

Les primes figurant dans les tableaux s'appliquent aux personnes qui ne sont pas admissibles à l'assistance-prime consentie aux assurés à revenu modeste. Les dispositions relatives à cette assistance varient d'une province à l'autre.

RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-MALADIE

Les tableaux suivants résument les caractéristiques des régimes provinciaux d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation les plus intéressantes pour le grand public. Il est à noter que ces renseignements sont sujets à changement; ceux qui désirent plus de précisions devront s'adresser à l'autorité provinciale compétente.

Il est à noter également que, d'ordinaire, le délai de carence pour les nouveaux résidents d'une province s'étend jusqu'au premier jour du troisième mois suivant la date d'établissement dans la province. Toutes les provinces assurent une garantie dès l'arrivée ou la libération, selon le cas, à tout résident véritable qui n'a pas pu s'assurer immédiatement auparavant. Cette disposition s'applique aux groupes suivants dans toutes les provinces, sauf en Colombie-Britannique où elle ne s'applique qu'aux nouveaux résidents du groupe a):

- a) nouveau-nés, conjoints non canadiens (de résidents du Canada) venant s'établir au Canada pour la première fois, membres de Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et détenus élargis; et
- b) immigrants reçus, Canadiens rapatriés, Canadiens ou immigrants reçus rentrant au pays et citoyens canadiens s'établissant au Canada pour la première fois.

Le droit à l'assurance

Dans la plupart des régimes, le droit à l'assurance est subordonné à l'inscription ou au paiement de primes. Lorsqu'on déménage, il est important de conserver la protection déjà acquise, pendant tout délai de carence exigé de la nouvelle province de résidence et de se renseigner sur les conditions d'admissibilité au régime de cette province — inscription ou paiement d'une prime — afin de s'assurer une protection ininterrompue.

RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE MÉDICALE

Les données ci-après s'appliquent à toutes les provinces.

Prestations

Tous les frais pour les services d'un praticien qui sont médicalement requis ainsi que certaines interventions chirurgico-dentaires pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste, sont pris en charge par le régime. Ces frais sont partagés par les provinces et le gouvernement fédéral.

Prestations supplémentaires

Elles ne sont généralement versées que sur une base restreinte. On peut

Tableau B
Dépenses gouvernementales consacrées à la Sécurité Sociale
exprimées en pourcentage du produit national brut et du
revenu national canadiens pour les années financières
1963-64 à 1971-72 inclusivement

Année financière	Produit national brut	Revenu national	Dépenses gouvernementales consacrées à la sécurité sociale
En millions de dollars			
			pourcentage du
			Produit national brut
			Revenu national
1963-64	44,358	33,458	4,069
1964-65	48,364	36,106	4,454
1965-66	53,636	40,015	4,727
1966-67	59,265	44,130	5,391
1967-68	67,799	50,088	6,445
1968-69	73,225	55,548	7,370
1969-70	81,285	61,653	8,548 (a)
1970-71	86,871	65,141	10,193
1971-72	96,015	72,730	11,290

(a) Y compris les estimations.

Tableau A

Dépenses consacrées à la Santé et au Bien-être Social
à tous les niveaux de gouvernement (du 1^{er} avril 1962 au 31 mars 1972)

Année se terminant le 31 mars	Fédérales	Provinciales	Municipales	Totales
-------------------------------	-----------	--------------	-------------	---------

Dépenses totales (en millions de dollars)				
1963	2,683.5	1,097.7	117.3	3,898.5
1964	2,801.0	1,166.8	101.2	4,069.1
1965	2,969.7	1,376.1	108.2	4,454.0
1966	2,883.5	1,714.3	129.6	4,727.4
1967	3,243.6	2,013.8	127.0	5,384.4
1968	3,915.5	2,391.1	138.2	6,444.9
1969	4,414.3	2,776.7	179.2	7,370.2
1970	5,057.5	3,301.0	189.7	8,548.2
1971 (a)	5,962.5	4,017.2	213.5	10,193.3
1972 (a)	6,572.6	4,472.0	245.0	11,289.6

Dépenses par habitant (en dollars)				
1963	143.44	58.68	6.27	208.39
1964	146.95	61.22	5.31	213.48
1965	152.92	70.86	5.57	229.35
1966	145.80	86.68	6.56	239.04
1967	161.00	99.96	6.30	267.27
1968	190.92	116.59	6.73	314.25
1969	212.08	133.41	8.61	354.10
1970	239.57	156.36	8.99	404.92
1971 (a)	278.62	187.72	9.98	476.32
1972 (a)	303.37	206.42	11.31	521.09

Répartition
(pourcentage)

1963	68.8	28.2	3.0	100.0
1964	68.8	28.7	2.5	100.0
1965	66.7	30.9	2.4	100.0
1966	61.0	36.3	2.7	100.0
1967	60.2	37.4	2.4	100.0
1968	60.8	37.1	2.1	100.0
1969	59.9	37.7	2.4	100.0
1970	59.2	38.6	2.2	100.0
1971 (a)	58.5	39.4	2.1	100.0
1972 (a)	58.2	39.6	2.2	100.0

(a) Y compris ou d'après les estimations.

Dans le domaine de la santé, les subventions versées par le gouvernement fédéral aux provinces aux termes de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques se sont élevées à 812 millions de dollars. Les subventions pour la construction d'hôpitaux versées aux provinces et aux municipalités ont pris fin le 31 mars 1970. Les dépenses effectuées par les provinces, dans le domaine des soins hospitaliers, ont été évaluées à \$1,794 millions et les dépenses pour les autres services sanitaires à \$1,155 millions. En outre, les Commissions provinciales d'indemnisation des accidentés du travail ont versé 77 millions de dollars aux chapitres de l'hospitalisation et de l'assistance médicale, et les municipalités ont déboursé environ 105 millions de dollars dans le domaine de la santé.

dernières années, ont été dans une large mesure, le résultat d'une augmentation des dépenses effectuées par les gouvernements provinciaux dans le domaine hospitalier, augmentation à laquelle sont venues se greffer les répercussions des "droits de non-participation" offerts aux provinces. En vertu de la Loi sur les programmes établis (Arrangements provisoires), une province peut, si elle le préfère, demander au gouvernement fédéral un abatement fiscal et un versement de péréquation au lieu d'une contribution financière directe au titre du régime. Le retrait facultatif de certaines provinces s'accompagne d'une augmentation des dépenses provinciales, le versement de péréquation ou l'abattement fiscal consenti par le gouvernement fédéral passant, à ce moment-là, non pas à la rubrique des dépenses, mais à celle des paiements de transfert (voir Tableau A). Ainsi, les dépenses provinciales comprennent également l'ensemble des sommes déboursées par le Québec, alors que les dépenses fédérales dans les domaines de la santé et du bien-être social ne comprennent pas les crédits importants versés ou transférés à cette dernière province aux termes de la Loi sur les programmes établis (Arrangements provisoires) et en vertu d'autres arrangements fiscaux. Les régimes de santé constituent une part croissante des crédits gouvernementaux consacrés à la santé et au bien-être social: en 1962-63, ces régimes totalisaient \$1,247 millions, soit 32 p. 100, alors qu'en 1971-72, ils totalisaient environ \$4,772 millions, soit 42 p. 100.

Le tableau ci-dessous illustre les principaux régimes fédéraux de maintien du revenu et les dépenses consacrées à ce titre en 1971-72:

Programme	(en millions de dollars)
Allocations familiales	554
Sécurité de la vieillesse	1,679
Supplément de revenu garanti	526
Assurance-chômage	1,123
Pensions aux anciens combattants	237
Allocations aux anciens combattants	83
Allocations aux jeunes	60
Allocations scolaires (Québec)	22
(transfert fiscal fédéral)	

Les dépenses effectuées en 1970-71 au titre du Régime d'assistance publique du Canada se sont élevées à \$390.9 millions, plus les \$206.5 millions transférés au Québec en vertu de la Loi sur les programmes établis (Arrangements provisoires). Les Commissions provinciales d'indemnisation des accidentés du travail ont dépensé 255 millions de dollars dans le cadre des prestations d'indemnisation et de pension.

Dépenses de sécurité sociale

De 1963 jusqu'au 31 mars 1972, les dépenses consenties à tous les niveaux de gouvernement, dans les domaines de la santé et du bien-être social, sont passées de \$3,898,500,000 à un plafond évalué à \$11,289,600,000, soit une augmentation de près de 290 p. 100. Si nous rajustons ces chiffres en fonction de l'accroissement de la population, l'augmentation des dépenses par habitant, qui sont passées de \$208 à \$521, équivaut à peu près à une augmentation de 150 p. 100. On peut également évaluer les dépenses gouvernementales en fonction des principaux indicateurs économiques. A cet égard, les dépenses annuelles consacrées, au niveau gouvernemental, à la santé et au bien-être social au cours de la période de 1963-68, sont restées relativement stables pour ne fluctuer qu'entre 11.5 et 12.9 p. 100 du revenu national net et entre 8.6 et 9.7 p. 100 du produit national brut. Toutefois, depuis 1968, ces dépenses, ont eu tendance à s'accroître d'une année à l'autre. Voir données correspondantes aux tableaux A et B.

La partie des dépenses de santé et de bien-être social assumée par le gouvernement fédéral a diminué pour passer de 68.8 p. 100 en 1962-63 à 58.2 p. 100 en 1971-72, alors que les dépenses provinciales passaient, au cours de la même période, de 28.2 p. 100 à 39.6 p. 100, et les dépenses municipales de 3 p. 100 à 2.2 p. 100.

Par rapport à l'année précédente, les dépenses consenties en 1971-72 à tous les niveaux de gouvernement, dans les domaines de la santé et du bien-être social, ont augmenté de \$1,096,300,000, soit de près de 11 p. 100, alors que l'augmentation comparable enregistrée en 1970-71 par rapport à 1969-70 était de \$1,450,000,000, soit 17 p. 100. Les dépenses du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux ont augmenté respectivement de 9.3 et de 10.1 p. 100 de 1970-71 à 1971-72. Cette augmentation résulte principalement de plusieurs facteurs: tout d'abord, les versements plus élevés effectués au titre des régimes de Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti, grâce à l'abaissement de l'âge d'admissibilité et à l'augmentation des prestations mensuelles; l'augmentation des dépenses au titre du Régime d'assistance publique du Canada; l'accroissement sensible des dépenses au titre de la Loi sur l'assurance-chômage; les augmentations des prestations au titre du Régime de pensions du Canada; les dépenses accrues pour les services de santé et de bien-être social à l'intention des Indiens et des Esquimaux; l'augmentation des dépenses au titre de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la Loi sur les soins médicaux.

Les réductions relatives des dépenses fédérales, comparées aux augmentations engagées par les gouvernements provinciaux, au cours des

zones urbaines, les besoins des Indiens qui s'établissent dans ces régions. Ces études ont produit une amélioration des divers aménagements répondant aux besoins des Indiens, notamment en matière de logement et d'activités récréatives. Plusieurs organisations d'Indiens, d'Esquimaux, et de citoyens en général, par exemple l'Association des Indiens et Esquimaux, la Fraternité des Indiens des Territoires du Nord-Ouest et l'Association Inuit Tapirisat ont été créées pour servir d'organismes de base de liaison et de soutien destinés à épauler les organismes parallèles et les gouvernements qui oeuvrent pour le progrès et la participation des autochtones à tous les niveaux de la société canadienne d'aujourd'hui.

médicale en vigueur dans la plupart des provinces et, en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse, en Ontario et au Manitoba, des services de bien-être à l'enfance.

Le ministère des Affaires indiennes dont relèvent, juridiquement et historiquement, les affaires indiennes et esquimaudes, est chargé — et il s'agit d'une de ses responsabilités résiduelles — d'assurer aux Indiens et aux Esquimaux les services et les prestations de bien-être social qui ne font pas partie des régimes fédéraux et provinciaux ci-dessus. Il s'agit notamment de l'assistance sociale et des services auxiliaires à l'intention des Indiens nécessitant des réserves, des services de soins aux enfants et des soins aux adultes en établissement. Dans certains cas, ces prestations sont assurées par les services provinciaux du bien-être social en vertu d'accords à frais partagés conclus entre le M.A.I.N.C. et les gouvernements provinciaux intéressés. On assiste également de plus en plus à l'extension d'un système d'auto-gestion des services de bien-être assuré par les bandes indiennes elles-mêmes dans les réserves.

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien a administré jusqu'au 1^{er} avril 1969, des services sociaux à l'intention des Indiens et des Esquimaux des Territoires du Nord-Ouest. C'est à cette date également que l'administration du district du Mackenzie a été confiée au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest au cours de la première phase d'un transfert en deux étapes. La deuxième phase, le transfert du district de l'Arctique, a eu lieu un an plus tard. Le Ministère continue néanmoins à assurer tous les services sociaux, à l'exception des programmes de soins aux enfants, à l'intention des Indiens et des Esquimaux du Yukon.

Le personnel multidisciplinaire du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien se consacre à divers programmes destinés à rendre les Indiens plus autonomes dans leur propre réserve. Cette aide se manifeste dans plusieurs domaines comme la gestion ménagère, les campagnes d'aménagement communautaire et les programmes de loisirs. Le personnel du Ministère s'occupe également de nombreux secteurs d'activités qui entrent dans le cadre des programmes de sécurité sociale comme la création de gouvernements locaux, le développement communautaire, la migration dans les zones d'emploi, la formation professionnelle et le logement.

On a mis au point des programmes de formation au rôle de dirigeant, à l'intention des membres des collectivités indiennes et esquimaudes, de manière à leur faire davantage prendre conscience des besoins collectifs et à encourager la création des nouvelles organisations indiennes nécessaires dans les domaines de la Santé, du bien-être social, de l'éducation et des loisirs. Ces programmes ont été conçus en coopération avec les services intéressés de plusieurs universités, les ministères de l'éducation et diverses organisations qui oeuvrent dans les domaines de la santé et du bien-être social.

Des organismes privés et bénévoles contribuent aussi à améliorer la condition des Indiens. Des conseils du bien-être ont été étudiés, dans certaines

Les Indiens et les Esquimaux ont droit aux prestations prévues par les régimes fédéraux universels comme les allocations familiales, les pensions de sécurité de la vieillesse et le supplément de revenu garanti. S'ils acquittent les cotisations requises, ils ont également droit aux prestations d'assurance-chômage, aux pensions versées au titre du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec, ainsi qu'aux indemnités aux accidentés du travail, s'ils occupent un emploi relevant de l'une des catégories couvertes par le régime. A titre d'anciens combattants des forces armées, ils ont droit aux mêmes prestations que les autres anciens combattants canadiens. Tous les Indiens et Esquimaux sont également admissibles à certains services et allocations de bien-être social à l'échelon de la province ou du territoire où ils habitent. Il s'agit notamment des allocations spéciales aux aveugles, aux invalides et aux vieillards, des services de réadaptation

INDIENS ET ESQUIMAUX

Outre l'examen médical imposé aux immigrants, les services médicaux du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social aident les immigrants à se faire soigner après leur arrivée au Canada. Il prend à sa charge les soins médicaux et dentaires d'immigrants non parrainés et d'immigrants indigents qui tombent malade pendant le voyage ou avant de commencer à travailler, et qui n'ont pas droit aux services de santé provinciaux. Dans les provinces qui n'assurent pas les soins hospitaliers aux immigrants, le coût de ces soins est partagé à parts égales pendant une période maximale d'un an, conformément aux accords conclus entre le ministère de l'Immigration et les gouvernements provinciaux intéressés.

Tout résident de la Colombie-Britannique peut être assuré après avoir résidé dans la province pendant une période d'attente qui se termine à minuit le dernier jour du deuxième mois qui suit le mois d'arrivée dans la province. Pour la plupart des régimes, l'assurance est acquise après inscription et/ou paiement éventuel des primes applicables.

A l'exception de la Colombie-Britannique, toutes les provinces assurent les personnes suivantes dès le jour de leur arrivée au Canada: immigrants reçus, citoyens canadiens rapatriés, immigrants reçus revenant s'établir au Canada et citoyens canadiens établissant, pour la première fois, leur résidence au Canada.

Régimes provinciaux d'assurance-maladie

Les immigrants sont également protégés en vertu des dispositions des cours de formation professionnelle des adultes et des programmes de mobilité de la main-d'oeuvre.

Les immigrants relèvent de leur parrain pendant les cinq années qui suivent leur arrivée au Canada.

immigrants sont aidés par le ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration jusqu'à ce qu'ils occupent un emploi. Les immigrants parrainés par un résident canadien relèvent de leur parrain pendant les cinq années qui

Tous les résidents canadiens peuvent également, selon leurs besoins, bénéficier des programmes fédéraux et provinciaux d'assistance sociale. Les de revenu garanti.

Les personnes qui immigreront au Canada ont, tout comme les citoyens canadiens, accès aux programmes de sécurité sociale. À ce titre, les familles d'immigrants qui comptent des enfants ont droit aux allocations familiales, sont couvertes par l'assurance-chômage, par le Régime de pensions du Canada, le Régime des rentes du Québec et les programmes d'indemnisation des accidentés du travail. Les immigrants satisfaisant aux conditions de résidence ont droit à la pension de sécurité de la vieillesse et au supplément

IMMIGRANTS

Les pêcheurs indépendants et les employés bénéficient des prestations d'assurance-chômage. C'est le seul cas où l'assurance-chômage couvre non seulement les employés, mais également les travailleurs indépendants. À ce titre, c'est l'acheteur des prises qui assume le rôle de l'employeur. Cette assurance traduit le fait que de nombreux pêcheurs travaillent sur une très petite échelle et que la pêche est un secteur d'activité essentiellement familial.

Prestations de chômage

autonome.

Le Régime est destiné à promouvoir le bon entretien des bateaux et le respect des mesures de sécurité; il devrait également être financièrement collision avec un autre bateau.

L'assurance responsabilité civile aux tiers ne s'applique qu'en cas de obligatoire pour les bateaux subventionnés par le gouvernement fédéral. étant plus élevée que la deuxième. En vertu du Régime, cette assurance est partielle et une seconde valeur assurée en cas de perte totale, la première assurance à double évaluation qui prévoit une valeur assurée en cas de perte Parmi les nouvelles caractéristiques du Régime, on note également une autant que la prime correspondante de 3 à 8 p. 100 soit acquittée.

pour les bateaux évalués à plus de \$5,000 mais moins de \$25,000, pour jusqu'à 95 p. 100 de la valeur du bateau. Cette assurance est facultative 8 p. 100 et l'assurance garantit, en cas de perte totale, un remboursement 70 p. 100. Pour les bateaux évalués à plus de \$25,000, le taux varie de 3 à et l'assurance garantit, en cas de perte totale, un remboursement de évalués à plus de \$5,000 mais moins de \$25,000, le taux varie de 2 à 8 p. 100 pas fixe mais établi proportionnellement au risque assuré. Pour les bateaux maximum, de \$5,000. Pour tous les autres bateaux, le taux applicable n'est de 1½ p. 100 s'applique à tous les bateaux dont la valeur assurée est, au La fourchette des primes va de 1½ p. 100 à 8 p. 100. La prime minimale dimensions.

Tous les bateaux de pêche canadiens agréés et évalués à \$500 au moins peuvent être assurés indépendamment de tout critère de propriété ou de

sur les nouvelles utilisations des terres, la conservation des sols et des eaux, le développement des perspectives d'emploi et de revenu dans les régions rurales ainsi que sur la recherche.

L'ARDA est un programme fédéral-provincial qui, depuis sa création jusqu'au 31 mars 1965, a été appliqué dans le cadre d'un Accord général fédéral-provincial (ARDA I) ensuite, jusqu'en 1970, dans le cadre de l'Accord fédéral-provincial sur le développement rural (ARDA II). D'autres accords fédéraux-provinciaux portant sur la période 1970-1975 ont également été conclus dans le cadre de l'ARDA (ARDA III). Le gouvernement fédéral a dépensé un total de \$27,136,000 au titre du programme ARDA I et de \$93,874,000 au titre du programme ARDA II. On prévoit que les dépenses qui seront consacrées au programme ARDA III seront supérieures aux dépenses effectuées au cours de la période 1965-1970. En règle générale, le gouvernement fédéral prend à sa charge 50 p. 100 du coût total du programme.

Les agriculteurs et la sécurité sociale

Les agriculteurs ont droit aux avantages et prestations prévus par la plupart des programmes de sécurité sociale au Canada. À cet égard, il n'existe aucune distinction entre les habitants des régions rurales et des régions urbaines.

Depuis le 1^{er} avril 1967, les agriculteurs non indépendants sont couverts par le Régime d'assurance-chômage. En règle générale, les travailleurs agricoles sont exclus des programmes provinciaux d'indemnisation des accidents du travail. Dans la pratique toutefois, l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, Terre-Neuve, l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard assurent les travailleurs agricoles, mais le nombre d'assurés reste faible. Seul, l'Ontario possède un régime d'assurance obligatoire pour les travailleurs agricoles alors que, dans les autres provinces, si les agriculteurs ne demandent pas expressément à être assurés, les travailleurs agricoles victimes d'un accident du travail ne peuvent qu'intenter une action en justice.

PÊCHEURS ET MARINS

En tant que particuliers, les pêcheurs et les marins bénéficient de la plupart des programmes de sécurité sociale. En outre, divers programmes ont été conçus spécialement à leur intention.

Régime d'assurance des bateaux de pêche

Ce Régime, qui s'appelait auparavant le Régime d'indemnisation des pêcheurs existe depuis 1953. Il relève de la Direction de l'Expansion industrielle (Service des pêches et des sciences de la mer) du ministère de l'Environnement. Le nouveau Règlement C.P. 1971-2282, qui est entré en vigueur le 2 novembre 1971, a considérablement élargi le champ d'application du régime.

gestion agricole crée grâce à la coopération des ministères fédéral et provinciaux de l'Agriculture. Les deux principaux objectifs du programme sont les suivants: tout d'abord, aider les agriculteurs à faible revenu qui désirent persévérer dans l'agriculture à acquérir de nouvelles terres afin de rendre leur entreprise rentable et, en second lieu, aider les petits exploitants agricoles qui désirent prendre leur retraite ou profiter d'autres possibilités qui s'offrent à eux en leur accordant, lorsqu'ils se défont de leurs terres, une subvention d'assistance et d'autres prestations.

Aux termes du plan de transfert des terres, des crédits spéciaux sont à la disposition des petits exploitants agricoles afin de leur permettre d'acheter de nouvelles terres sous contrat de vente. Un versement initial de \$200 seulement suffit pour un achat pouvant aller jusqu'à \$20,000. L'agriculteur a 26 ans pour rembourser son emprunt et il n'est pas obligé d'hypothéquer la ferme qu'il possède pour garantir celui-ci.

Ce plan vient également en aide aux agriculteurs qui désirent vendre leur terre grâce à l'établissement de listes de propriétés à vendre et à des subventions versées au vendeur à raison de \$1,500 plus 10 p. 100 du prix de vente de la ferme, jusqu'à concurrence de \$3,500. La subvention et le produit de la vente peuvent être transformés en une rente qui assure au vendeur un revenu déterminé pendant un certain nombre d'années.

Développement économique et social des régions rurales

La Loi sur la remise en valeur et l'aménagement des terres agricoles (ARDA), proclamée en 1961, est la concrétisation de la prise de conscience de l'importance que revêtent pour le Canada la rentabilité des exploitations agricoles actuellement peu viables et l'amélioration de l'utilisation des sols et des perspectives d'emploi et de revenu dans les régions rurales. Nombreuses sont les régions du Canada où le niveau de revenu est inacceptable et l'utilisation des terres impropre et inefficace. Les questions économiques et sociales et les problèmes de conservation sont dus, dans une mesure considérable, à la mécanisation de l'agriculture qui a joué au désavantage des petits exploitants moins bien équipés. La diminution du nombre de fermes au Canada, d'environ sept cent cinquante mille en 1931 à moins d'un demi-million (431,000) en 1966, est un symptôme évident de ce phénomène.

La Loi, qui devait devenir en 1966, suite à une modification, la Loi sur l'aménagement rural et le développement agricole, et qui est complétée dans certaines régions par la Loi de 1966 sur le Fonds de développement économique rural, mieux connue sous le sigle FRFD, a pour objet de compléter les mesures législatives fédérales et provinciales dans le domaine des ressources renouvelables et du développement économique et social des régions rurales, et de faciliter la coordination et l'expansion des programmes. À ce titre, il s'agit d'un dispositif dont le potentiel est considérable dans la mesure où il permet l'institution de toute une série de programmes portant

deux du ministre de l'Expansion économique régionale, encouragent également une meilleure utilisation des terres et le développement économique des régions rurales.

Trois lois destinées à aider les agriculteurs à commercialiser leurs produits ont été promulguées: la Loi sur la vente coopérative des produits agricoles, la Loi sur l'organisation du marché des produits agricoles et la Loi sur les Offices de commercialisation des produits de ferme. D'autres services comme le CANFARM (Système national de comptabilité agricole), un système d'analyse des données à l'intention des agriculteurs, qui utilise les techniques les plus modernes et accorde une attention plus considérable à toutes les données d'ordre commercial, informe et aide sur une échelle de plus en plus grande les producteurs agricoles.

La section suivante définit les principaux programmes de soutien du revenu et de promotion sociale qui ont été conçus pour améliorer les perspectives économiques des agriculteurs, et elle étudie la situation de ce groupe par rapport au système de sécurité sociale au Canada.

Loi sur la stabilisation des prix agricoles

La Loi sur la stabilisation des prix agricoles stabilise les prix des produits agricoles pour aider les agriculteurs à retirer un bénéfice équitable de leur travail et de leurs investissements et maintenir un juste rapport entre les prix appliqués par les agriculteurs et le coût des marchandises et des services qu'ils adhèrent. Ce programme peut, dans une certaine mesure, se comparer aux mesures législatives portant sur le salaire minimal des travailleurs dans l'industrie.

Au cours des quinze années financières pendant lesquelles cette Loi a été appliquée, le coût moyen des programmes de stabilisation des prix agricoles s'est établi à \$90 millions par an environ. Depuis quelques années, une proportion importante du Fonds a été consacrée au secteur de l'industrie laitière. L'Office de stabilisation des prix agricoles dispose d'un fonds renouvelable de 250 millions de dollars. Les pertes subies sont éponguées par des crédits votés par le Parlement et les excédents sont versés au Fonds du revenu consolidé. Le ministre de l'Agriculture nomme un conseil consultatif composé d'agriculteurs ou de représentants d'organisations d'agriculteurs qui seconde l'Office dans l'exécution de ses fonctions.

Loi sur l'assistance à l'agriculture des Prairies

Cette Loi, adoptée en 1939, autorise le gouvernement fédéral à verser directement des crédits d'assistance proportionnels aux superficies cultivées et aux récoltes aux cultivateurs des régions à faible rendement dans les provinces des Prairies et dans la région de la Rivière de la Paix, en Colombie-Britannique. La Loi a pour objet d'aider les provinces et les municipalités à fournir aux agriculteurs une aide qu'elles ne pourraient assumer seules et à permettre aux agriculteurs de faire leurs semences l'année suivante. Tous les agriculteurs, à l'exception de ceux qui sont couverts par un régime pro-

La Loi sur l'aménagement rural et le développement agricole (ARDA) et le Fonds de développement économique rural (FODER) qui relèvent tous petites exploitations agricoles.

L'Agriculture a lancé un nouveau programme visant expressément les diffi- et techniques qui touchent la collectivité agricole, le ministère canadien de Pour répondre aux importants bouleversements sociaux, économiques tions de crédit (Loi sur le crédit agricole).

laitiers), de l'assurance-récolte (Loi sur l'assurance-récolte) et des institu- la stabilisation des prix agricoles, Programme de soutien des produits à cette situation, notamment dans le domaine du soutien des prix (Loi sur l'assurance-récolte. De nouvelles lois ont donc été adoptées pour faire face à la commercialisation et d'une assistance dans les domaines du crédit et de de revenus devront de plus en plus être abordées dans l'optique d'une aide de l'agriculture a enregistré des modifications d'importance et les questions produit des résultats considérables et en produiront encore, mais la structure sauver certaines terres très riches de ces provinces. Ces mesures ont déjà tion des terrains marécageux des provinces Maritimes qui avait pour but de céréales fourragères produites dans l'Ouest, et l'ancienne Loi sur l'utilisa- liorer le transport vers l'Est du Canada et la Colombie-Britannique des récoltes, les règlements sur l'aide aux céréales fourragères destinées à amé- l'agriculture des Prairies visant à minimiser les conséquences des mauvaises les répercussions de la sécheresse des années 30, la Loi sur l'assistance à ment la Loi sur le rétablissement agricole des Prairies destinée à contrebalancer être mis en oeuvre pour remédier à des situations particulières, et notam- Au cours des années, et selon les circonstances, divers programmes ont dû l'assurance-récolte et de la sécurité de revenu en cas de mauvaises récoltes. crédit, de l'aménagement et du développement des régions rurales, de nes de la conservation du sol et de l'eau, de la stabilisation des prix, du ainsi qu'en mettant en oeuvre des programmes d'assistance dans les domai- l'utilisation de meilleures méthodes de production et de commercialisation, mettant en pratique les résultats de recherche scientifique et en favorisant certain temps déjà, un programme destiné à venir en aide à l'agriculture en atteindre ces objectifs, le ministère de l'Agriculture applique, depuis un en tant que groupe, ont droit à une part équitable du revenu national. Pour stabilité de l'agriculture favorise l'économie nationale et que les agriculteurs, La politique agricole du Canada repose sur le principe selon lequel la

AGRICULTEURS

même année, à \$6,759,641. suppléments mensuels. Les dépenses globales du Fonds se sont élevées, cette En 1972, 20,899 personnes ont ainsi reçu de l'aide, dont 18,314 ont reçu des consiste en un montant unique répondant à un besoin annuel ou urgent. de l'habillement, des soins personnels et de certains frais médicaux, ou

mondiale. Les pensions sont versées aux bénéficiaires et aux personnes à leur charge selon les mêmes modalités que celles qui régissent le versement des pensions aux anciens combattants en vertu de la Loi sur les pensions.

Allocations aux anciens combattants

La Loi sur les allocations aux anciens combattants prévoit des allocations aux anciens combattants admissibles qui, par la suite de leur âge ou d'une incapacité quelconque, ne sont plus en mesure d'occuper un emploi et dont les ressources, déterminées par une évaluation spéciale, sont insuffisantes. Aux termes de ce programme, les anciens combattants du Canada, du Commonwealth et des forces alliées, ainsi que leurs veuves et orphelins, peuvent bénéficier de ces prestations. La demande doit en être faite aux bureaux de district régionaux du ministère des affaires des Anciens combattants chargés des allocations et de l'exécution de la Loi. La Loi est régie par la Commission des allocations aux anciens combattants qui est aussi chargée d'entendre les appels des décisions prises par les bureaux de districts. Le 31 août 1973, 75,688 personnes recevaient des allocations, dont 43,346 anciens combattants, 32,010 veuves et 332 orphelins. Les dépenses annuelles s'établissaient à \$97,580,174.

Allocations de guerre pour les civils

La Partie XI de la Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils prévoit une allocation pour certains groupes de civils ayant rendu des services insignes sur un théâtre d'opérations pendant la Première ou la Deuxième Guerre mondiale et pour les pensionnés aux termes de la Loi. Des allocations sont également versées aux veuves et aux orphelins de ces civils. Le taux des allocations, le plafond du revenu annuel et les limites imposées aux biens mobiliers et immobiliers sont les mêmes que ceux qui sont prévus par la Loi sur les allocations aux anciens combattants. Les demandes d'allocations, l'administration du régime et les appels relèvent des organismes chargés des allocations aux anciens combattants. L'administration de la loi est du ressort de la Commission des allocations aux anciens combattants qui fait également fonction de tribunal d'appel pour les décisions prises par les bureaux de district.

Le 31 mai 1973, 2,645 civils, 751 veuves et 11 orphelins, soit un total de 3,407 personnes, bénéficiaient des allocations de guerre aux civils. Les dépenses annuelles se chiffraient à \$5,983,545.

Fonds de secours

Les allocations au titre de la Loi sur les allocations aux anciens combattants et de la Partie XI de la Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils peuvent recevoir une aide supplémentaire du Fonds de secours s'ils résident au Canada et si leur revenu est inférieur au maximum autorisé. L'aide peut revêtir la forme d'une allocation mensuelle supplémentaire calculée d'après le coût du logement, du chauffage, de la nourriture,

(16) "cède aux termes d'une charte coque-nue" signifie que le navire est affermé sans équipage. Toutefois, l'équipage, quel qu'il soit, d'un navire de ce genre est également couvert par le régime.

La Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils prévoit des pensions et des allocations pour certains groupes de civils qui ont contribué à l'effort de guerre au cours de la Première ou de la Seconde Guerre

Pensions et allocations de guerre pour les civils

Les pensions sont versées aux anciens combattants en fonction du degré d'invalidité, et un montant supplémentaire s'ajoute à la pension si l'ancien combattant a des personnes à sa charge. En cas de décès, les pensions sont versées aux veuves et aux enfants ainsi qu'aux parents s'ils sont à charge.

Au titre de la Loi sur les pensions dont l'administration relève de la Commission canadienne des pensions, des pensions sont versées en cas d'invalidité ou de décès attribuable à une blessure subie ou à une maladie contractée pendant le service de guerre dans les forces armées canadiennes ou d'une blessure ou d'une maladie due ou directement attribuable au service accompli en temps de paix.

Pensions aux anciens combattants

Les anciens combattants et certains civils qui ont accompli du service actif en temps de guerre, ainsi que les personnes à leur charge, bénéficient d'un certain nombre de programmes de soutien du revenu qui prévoient également des services de santé et de bien-être social. Ces programmes comprennent les pensions versées en cas d'invalidité ou de décès attribuable à une blessure subie en temps de guerre, ainsi que les allocations versées après évaluation des ressources financières. D'autres programmes portent également sur la formation professionnelle, l'assistance pédagogique, l'assurance aux anciens combattants et l'aide financière aux anciens combattants qui désirent exploiter une ferme, s'établir comme petit exploitant ou vivre de la pêche commerciale aux termes de la Loi sur les terres destinées aux anciens combattants.

ANCIENS COMBATTANTS

qui réside au Canada ou qui y a son principal lieu d'affaires. bord d'un navire cède aux termes d'une charte coque-nue⁽¹⁶⁾ à une personne personnes qui travaillent à bord d'un navire immatriculé au Canada ou à A l'exception des pilotes et des pêcheurs, ce régime couvre toutes les marchands.

par un organisme fédéral, la Commission d'indemnisation des marins tions de décès et de prestations de manque à gagner. Ce programme est régi charge, le versement d'indemnisations des accidents du travail, de presta-marins marchands victimes d'un accident du travail et les personnes à leur

catégorie en question. Il s'agit essentiellement d'une formule similaire aux formules employées pour les assurances-accidents collectives.

Dans chaque province, l'assurance est obligatoire pour tous les emplois visés par la Loi. La gamme des secteurs d'activités, déjà très étendue, continue à s'élargir. Il existe toutefois certaines lacunes, notamment pour le personnel domestique, les travailleurs agricoles (sauf en Ontario), les employés des entreprises financières, des compagnies d'assurance, des entreprises spécialisées et des organisations à but non lucratif, ainsi que les travailleurs de certaines industries du secteur tertiaire. Dans quatre provinces, les entreprises ne comptant pas plus de trois ou cinq employés (selon le cas) sont exclues.

Dans les industries et les secteurs d'occupation qui ne sont pas visés par la Loi, les employeurs peuvent presque toujours assurer leurs employés en en faisant la demande à la commission.

En Ontario et au Québec, le gouvernement provincial, les gouvernements municipaux et certaines grosses sociétés comme les chemins de fer, les compagnies de navigation, de télégraphie et de téléphone, sont individuellement tenues d'assumer les frais d'assistance médicale, selon les modalités précisées par la commission, ainsi qu'une partie des frais d'administration de celle-ci. Dans ces sociétés, les employés reçoivent les mêmes prestations que les employés qui travaillent pour des employeurs collectivement responsables.

Dans toutes les provinces, la prévention des accidents est une partie importante du régime d'indemnisation des accidents du travail.

Dans les Territoires du Yukon et du Nord-Ouest, on applique des Ordonnances sur la réparation des accidents du travail semblables aux mesures législatives provinciales. Ces Ordonnances prévoient des prestations comparables à celles qui sont prescrites par les lois provinciales; elles se fondent toutefois sur une formule d'assurance privée et non publique. Chaque employeur est individuellement responsable de l'indemnisation de ses employés et doit contracter une assurance à cette fin.

Une loi fédérale prévoit la réparation des accidents du travail des fonctionnaires fédéraux selon l'échelle des prestations établie par la Loi provinciale d'indemnisation des accidents du travail dans la province où l'employé exerce normalement ses fonctions. C'est la Commission provinciale d'indemnisation des accidents du travail qui statue pour chaque demande, le gouvernement fédéral assumant le coût de l'indemnisation.

Indemnisation des marins marchands

Les marins qui ne sont pas assujettis à une loi provinciale des accidents du travail ont droit à des indemnités en vertu de la Loi fédérale sur l'indemnisation des marins marchands. En vertu de cette Loi, chaque employeur est individuellement responsable de l'indemnisation de ses employés et est tenu de contracter à cette fin une assurance de responsabilité civile.

La Loi sur l'indemnisation des marins marchands prévoit, pour les

accident, une indemnisation est versée aux personnes à charge. Une indemnisation est également versée en cas d'invalidité ou de décès entraîné par une maladie professionnelle contractée en cours d'emploi.

Dans toutes les provinces, les prestations ne sont pas payables au cours d'une certaine "période d'attente". Dans huit provinces, cette période a été réduite à une seule journée, à savoir celle au cours de laquelle l'accident a eu lieu. Au Nouveau-Brunswick, la période d'attente est de trois jours, en Nouvelle-Écosse, elle est de quatre jours.

Dans chaque province, la Loi sur l'indemnisation des accidentés du travail prévoit que les travailleurs blessés bénéficieront gratuitement d'une assistance médicale et de services de rééducation et de réadaptation professionnelle.

Les indemnisations sont payables de plein droit, même s'il y a eu négligence de la part de l'employeur ou du travailleur. Le droit à l'indemnisation est exclusif, c'est-à-dire que le travailleur n'a pas le droit d'intenter des poursuites contre un employeur pour un accident subi au cours du travail.

Les prestations d'invalidité sont établies sur la base de 75 p. 100 du salaire hebdomadaire moyen, sous réserve toutefois d'un plafond annuel. Les versements se poursuivent pendant toute la durée de l'invalidité. Lorsqu'il s'agit d'une invalidité permanente, une pension à vie est versée indépendamment des gains à venir. Les invalidités mineures peuvent être indemnisées par un versement forfaitaire. Les indemnités pour soins médicaux et hospitaliers sont illimitées, quelle que soit la période d'attente. En cas de décès, des prestations mensuelles fixes, mais indépendantes des salaires, sont versées aux personnes à charge.

En Colombie-Britannique, le pensions versées aux veuves, aux enfants à charge et aux travailleurs victimes d'une invalidité permanente sont indexées au coût de la vie et sont augmentées tous les ans de 2 p. 100 pour chaque augmentation de 2 p. 100 de l'indice des prix à la consommation. Au Québec, les pensions sont indexées à l'indice des pensions, calculé pour le Régime de pensions du Canada et le Régime des rentes du Québec.

Chaque loi est appliquée par une commission autonome qui a plein pouvoir pour prendre toutes les décisions requises en matière d'indemnisation. Le système d'indemnisation des accidentés du travail appliqué au Canada se base sur deux grands principes, à savoir la responsabilité collective de l'employeur et la contribution obligatoire à une caisse-accidents du ressort exclusif de l'État.

Ce sont les employeurs qui assument entièrement tous les frais d'indemnisation. Chaque employeur assujéti par la Loi paie une prime annuelle dont le taux est déterminé par la commission d'après la fréquence des accidents enregistrés dans la branche d'activités à laquelle la firme appartient. La prime est calculée d'après le taux applicable à chaque tranche de \$100 de salaires assujétis. Tous les employeurs appartenant à une catégorie assument collectivement le coût de tous les accidents enregistrés pour la

Nombre de travailleurs touchés par les programmes
de la main-d'oeuvre

Années	Placements	Stagiaires	Déplacements	Rajustements	Aides par le
	CMC	PFMC	PM	SCM	PRPI
1967-68	742,722	183,540	28,547	22,743	9,000
1968-69	724,705	301,200	44,729	12,243	14,000
1969-70	722,832	304,899	49,839	109,359*	15,000
1970-71	648,966	344,846	84,846	37,152	16,000
1971-72	902,429	308,152	70,889	28,653	17,000
1972-73	1,030,148	316,188	71,674	84,185**	18,000

*Y compris les programmes pour l'Association des hôpitaux du Québec (70,000) et l'Industrie de la construction mécanique (20,000).
 **Y compris le Programme pour l'Industrie forestière de la Colombie-Britannique qui touche 70,000 employés.

TRAVAILLEURS BLESSÉS

Les travailleurs blessés en cours d'emploi sont couverts dans chaque province par les régimes d'indemnisation des accidents du travail, ainsi que par les programmes fédéraux d'indemnisation des accidents du travail pour les employés du gouvernement et les marins. Les travailleurs victimes d'un accident au travail et ailleurs sont couverts par les dispositions du Régime de pensions du Canada et du Régime des rentes du Québec applicables à la pension d'invalidité, dispositions qui sont entrées en vigueur au début de 1970. Les travailleurs blessés qui ne sont pas assurés par les dispositions d'indemnisation des accidents du travail peuvent recevoir de l'aide dans le cadre des Régimes d'allocations aux aveugles ou aux invalides ou des programmes provinciaux d'assistance sociale.

Nous ne traiterons, dans cette section, que des régimes d'indemnisation des accidents du travail. En effet, les régimes d'assistance aux invalides et de pensions d'invalidité versées aux termes du Régime de pensions du Canada et du Régime des rentes du Québec ont déjà été évoqués dans la section consacrée aux invalides.

Indemnisation des accidents du travail

Toutes les provinces ont une loi assurant l'indemnisation des accidents du travail. Chaque loi prévoit le versement d'indemnisations à certains travailleurs victimes d'accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur travail. (Tous les travailleurs ne sont toutefois pas couverts car certaines catégories d'emploi ne sont pas visées par la Loi sur l'indemnisation des accidents du travail.) Si le travailleur décède par la suite d'un

Toutefois, pour la plupart des intéressés, un programme de formation n'est raisonnable que s'il s'accompagne d'une compensation financière, même modeste. En effet, ils ne pourraient sinon faire vivre leur famille pendant une période de formation prolongée et seraient forcés de conserver leur emploi ou d'en trouver un dans des secteurs moins recherchés et moins spécialisés, même si les rémunérations y sont plus faibles.

En 1972-73, les indemnités hebdomadaires s'élevaient de \$30 pour les gens seuls sans personne à charge jusqu'à un maximum de \$118 pour les travailleurs ayant au moins quatre personnes à charge et qui doivent s'absenter de chez eux au cours de la période de formation. Le minimum et le maximum sont rajustés chaque année au 1^{er} juillet en fonction du salaire horaire moyen pratiqué dans l'industrie secondaire au cours de l'année civile immédiatement antérieure à la date du rajustement. En juin 1971, conformément à la nouvelle Loi régissant la Commission d'assurance-chômage, on a prévu la possibilité d'un rajustement des échelles supérieures des allocations versées aux stagiaires si les prestations d'assurance-chômage que toucheraient ces derniers peuvent être supérieures aux allocations de formation. Les prestations d'assurance-chômage sont versées à raison de 66.6 p. 100 des gains antérieurs des stagiaires jusqu'à concurrence de \$113 par semaine. Si l'allocation versée au titre du PPMC est inférieure aux prestations d'assurance-chômage, la CAC règle la différence.

Depuis juillet 1972, date à laquelle la Loi a été modifiée, toutes les personnes pouvant bénéficier du programme de formation ont également droit aux allocations. Les employés formés par la firme pour laquelle ils travaillent, dans le cadre des accords conclus avec le Ministère, continuent à toucher leurs salaires, mais une partie de ceux-ci sont remboursés à l'employeur par le Ministère, le remboursement étant fonction de la formation donnée qui ne correspond pas directement aux besoins de la société en question.

La Loi permet expressément la formation des enseignants chargés des cours de formation professionnelle pour adultes et prévoit, de manière distincte, certains prêts qui peuvent être consentis aux provinces afin qu'elles construisent les centres de formation appropriés. Ces dispositions sont destinées à améliorer et à accroître les ressources pédagogiques. Dans le cas des prêts, le capital et les intérêts sont remboursés sur une période maximale de 30 ans grâce aux crédits mis par le gouvernement fédéral à la disposition des provinces afin que ces dernières assurent la formation professionnelle des adultes aux termes de la loi.

Le tableau suivant donne au profane une idée de l'ampleur des divers programmes de la Division de la main-d'œuvre du ministère. Il est évident que, pour ce qui est du nombre de travailleurs directement touchés, ce sont les activités dans le domaine du placement et celles qui entrent dans le cadre du Programme de formation de la main-d'œuvre du Canada qui sont les plus importantes.

Le programme est essentiellement fondé sur l'hypothèse selon laquelle, à une époque d'évolution rapide de la technique, la formation et le recyclage doivent normalement faire partie intégrante de la carrière de tout travailleur adulte. Le programme est donc ouvert à tous ceux qui ont un an de plus que l'âge normal de fin de scolarité et qui ont quitté l'école depuis un an, qu'ils soient actifs, chômeurs, indépendants ou, dans le cas des ménagères par exemple, disposés et aptes à réintégrer le marché de l'emploi.

En vertu de ce programme, le gouvernement fédéral verse aux provinces ces ou, avec leur accord, aux écoles commerciales privées ou aux industries les cours de perfectionnement, de spécialisation et d'apprentissage indispensables pour que les travailleurs puissent accroître leur productivité, augmenter leur revenu et améliorer leur situation sur le marché de l'emploi. Les cours sont choisis en fonction des besoins connus et prévus de l'économie dans divers domaines de spécialisation qu'étudient des comités mixtes fédéraux-provinciaux. Le gouvernement fédéral prend à sa charge la totalité des frais des cours ainsi choisis, y compris une partie des frais généraux d'immobilisation et d'exploitation.

La Loi sur la formation professionnelle des adultes (LFPA) adoptée en 1967 par le Parlement est la loi-cadre régissant au Canada la formation professionnelle des adultes. Cette loi est également partie intégrante de la politique canadienne en matière de main-d'oeuvre. Il s'agit d'un programme conçu à la fois comme un programme majeur d'investissement à long terme et comme un dispositif permettant d'assurer à court terme la correspondance emplois-potentiels humains nécessaire au bon fonctionnement de l'économie. Ce programme est appliqué par les quelque 400 Centres de main-d'oeuvre du Canada répartis dans tout le pays.

Formation professionnelle pour adultes

En règle générale, les travailleurs prospectent et se fixent dans les régions voisines de leur lieu de résidence. Pour pouvoir obtenir une subvention au titre du programme de mobilité de la main-d'oeuvre, le travailleur doit faire une demande avant de changer de région et au plus tard trois mois après avoir commencé à travailler dans la nouvelle localité.

- une allocation de propriété de \$1,500 si le travailleur achète une maison dans la nouvelle localité après la date à laquelle il a reçu la subvention et au plus tard 12 mois après avoir changé de localité.
- une indemnité d'aide au rétablissement du travailleur et des personnes à sa charge;
- frais réels de déménagement des biens et effets personnels (y compris sa caravane s'il en est propriétaire);
- une indemnité d'aide au rétablissement du travailleur et des personnes à sa charge;

(15) Ce chiffre n'inclut pas les emplois auxiliaires ou temporaires.

tions suivantes :

- Si le travailleur réussit à trouver un emploi dans une autre région, il peut recevoir une subvention de réétablissement et avoir droit aux allocations de chômage ;
- une indemnité journalière pour les frais de repas et d'hébergement loin de chez eux ;
- les frais réels de voyage ;

Les subventions de prospection accordées aux travailleurs couvrent :

voyage pour eux-mêmes et les personnes à leur charge. subvention de réétablissement couvrant les frais de déménagement et de localité autre que leur localité de résidence peuvent également recevoir une Les travailleurs qui ont trouvé un emploi permanent à plein temps dans une des allocations de déplacement ou des allocations de voyage pour stagiaires. Loi sur la formation professionnelle des adultes peuvent également recevoir travailleurs qui suivent des cours de formation agréés dans le cadre de la pour bénéficier de services d'orientation et d'évaluation particuliers. Les région privée de certains services de main-d'oeuvre, de se rendre ailleurs offertes aux travailleurs afin de leur permettre, s'ils résident dans une d'existence. Des subventions spéciales de déplacement sont également lité d'emploi et de se rendre compte sur place des conditions de travail et se rendre temporairement dans une autre région afin d'y étudier les possibi- Des subventions de prospection sont accordées aux travailleurs pour un emploi qui ne correspond pas à leurs aptitudes principales.

C'est-à-dire ceux qui travaillent moins de 30 heures par semaine ou occupent région. Ce programme aide également les travailleurs sous-employés, perspectives d'un emploi satisfaisant sont faibles ou inexistantes dans leur les travailleurs en chômage, ou en préavis de chômage, pour lesquels les qui doivent se déplacer mais ne peuvent le faire sans aide financière. Il aide dues au fait que la population active est statique, en aidant les travailleurs Ce programme est destiné à pallier les inégalités du marché de l'emploi

Programme de mobilité de la main-d'oeuvre du Canada

des subventions au titre du programme de mobilité de la main-d'oeuvre. Au cours de l'année financière 1972-73, les Centres de main-d'oeuvre du Canada ont placé 1,030,148 travailleurs⁽¹⁵⁾ et ont envoyé 316,188 per- sonnes suivre des cours de formation. En outre 71,674 travailleurs ont reçu d'aide en cas d'urgence pour les immigrants.

L'emploi et services spécialisés d'accueil, d'orientation, d'installation et main-d'oeuvre, distribution de renseignements complets sur la situation de particulières pour résoudre des problèmes difficiles de rajustement de la d'étude de certains programmes de la main-d'oeuvre et de leurs applications

Le gouvernement fédéral a institué à cet égard une caisse gérée par le ministère du Travail, l'organisme payeur étant en l'occurrence la CAC. En vertu de ce régime, les personnes admissibles reçoivent des prestations pouvant atteindre 75 p. 100 du salaire moyen net ou 65 p. 100 des salaires et traitements hebdomadaires moyens payés dans l'industrie. Ces prestations sont payables pendant un période maximale de 53 semaines.

Prestations supplémentaires de chômage

Ce programme est établi dans le cadre des négociations collectives et financé uniquement par les employeurs. Le premier programme de prestations supplémentaires de chômage a été négocié entre *The United Auto-mobile, Aerospace and Agricultural Implement Workers of America International Union (UAW)* et la *Société General Motors du Canada*. Il est entré en vigueur le 13 février 1956. Depuis, des programmes de prestations supplémentaires de chômage ont été intégrés à des centaines de conventions collectives intéressant plusieurs industries. Grâce à ces programmes, le chômeur reçoit des prestations qui, combinées à ses prestations d'assurance-chômage, lui garantissent un montant qui peut atteindre un pourcentage fixé de son salaire habituel.

Services de placement dans les Centres de main-d'oeuvre du Canada

Un service national de placement a été institué aux termes de la Loi sur l'assurance-chômage et il fonctionne depuis 1941. En avril 1965, le service national de placement, qui relevait auparavant de la Commission d'assurance-chômage, a été confié au ministère du Travail. En décembre de la même année, il a été confié au nouveau ministère de la Main-d'oeuvre et de l'immigration, de sorte que tous les programmes relevant des domaines de la main-d'oeuvre et de l'immigration dépendant désormais d'un seul et même ministère.

Les programmes et les services de la main-d'oeuvre sont administrés grâce à un réseau de Centres de main-d'oeuvre du Canada répartis de façon stratégique d'une extrémité à l'autre du pays. On compte environ 350 centres permanents, sans compter les unités mobiles ou temporaires qui desservent les régions isolées et les petites localités éloignées. Les Centres de main-d'oeuvre du Canada offrent les services suivants: services d'orientation et d'évaluation pour les travailleurs et les employeurs; services de placement pour les travailleurs; services de recrutement pour les employés; services de tri pour pallier les problèmes de pénuries et d'excédents de main-d'oeuvre au niveau local; services de recrutement et de sélection des travailleurs pouvant bénéficier de la formation et des allocations prévues par la Loi sur la formation professionnelle des adultes; services de recrutement et de sélection des bénéficiaires des subventions de prospection et de remplacement et des allocations de voyage pour stagiaires prévues par les règlements sur la mobilité de la main-d'oeuvre; services

En 1965, le gouvernement fédéral a établi ce programme afin de miser, pour l'emploi au Canada, les conséquences économiques et techniques possibles de l'Accord canado-américain sur les produits de l'automobile.

Programme sur les prestations d'aide de transition

Si le taux national de chômage excède 4 p. 100, le gouvernement fédéral prend à sa charge les frais supplémentaires de la phase initiale et de la phase de rétablissement. Il assume également le paiement de toutes les prestations supplémentaires quel que soit le niveau du chômage.

période initiale est de 15 semaines.

Les prestataires de la première catégorie ont droit à des prestations pendant les périodes d'incapacité de travail qui se sont produites au cours de la période assurée initiale, même s'ils ont quitté leur emploi à cause de cette incapacité de travail. Parallèlement, les requérantes de la première catégorie ont droit à des prestations de grossesse pendant la période assurée initiale. La période maximale de versement des prestations pendant la période initiale est de 15 semaines.

Un requérant qui, au cours des 52 semaines qui précèdent sa demande, n'a pas justifié de 8 semaines d'emploi assuré n'a pas droit aux prestations d'assurance-chômage. Les requérants qui ont justifié de huit à 19 semaines d'emploi assuré au cours de l'année précédente peuvent avoir droit aux prestations d'assurance-chômage. Il s'agit des prestataires de la deuxième catégorie. Les personnes ayant 20 semaines ou plus de gains assurés sont les prestataires de la première catégorie.

taux de 75 p. 100 s'il a une personne à charge.

Depuis le 1^{er} janvier 1972, les primes ou cotisations peuvent être déduites aux fins de l'impôt sur le revenu. Depuis cette date également, les prestations sont imposables et font l'objet d'une déduction d'impôt à la source.

acquis au cours des 20 dernières semaines assurables. Si un prestataire justifie d'au moins huit et au plus 20 semaines assurables, la règle des 66⅔ p. 100 s'applique à la moyenne des gains assurables acquis au cours de cette période. Le maximum des prestations hebdomadaires est de \$113, le minimum étant de \$20. Dans le cas des prestataires avec personnes à charge, le taux est relevé jusqu'à un montant pouvant atteindre 75 p. 100 des gains assurables à l'issue de la période assurée, sans, toutefois, que les prestations n'excèdent le maximum hebdomadaire de \$113. Un requérant dont la moyenne des gains assurables au moment de la présentation de la demande est au maximum de \$56 par semaine a immédiatement droit au taux de 75 p. 100 s'il a une personne à charge.

En juin 1940, les neuf provinces y consentirent et l'Acte de l'Amérique du Nord britannique fut modifié en conséquence. Le 7 août de la même année, la Loi sur l'assurance-chômage était promulguée.

Les cotisations commencèrent en juillet 1941 et les premières prestations étaient payées en février 1942. À cette époque, deux millions de travailleurs au service de 225,000 employeurs étaient assurés.

Les concepts fondamentaux de la loi de 1940 ont été conservés jusqu'à 1971. Les taux des cotisations et des prestations ont été rajustés périodiquement pour tenir compte de l'augmentation des salaires. Mais, le 27 juin 1971, une loi sur l'assurance-chômage totalement différente de la première entrerait en vigueur.

Aux termes de l'ancienne Loi, la durée des prestations était uniquement fonction de la durée des activités rémunérées du bénéficiaire au cours des deux années précédant la demande. Cette formule revenait essentiellement à accorder une semaine de prestations pour chaque période de deux semaines d'emploi assurable. En vertu de la nouvelle Loi, la durée des prestations dépend de toute une gamme de facteurs: le nombre de semaines d'emploi assurable au cours de l'année précédente, le taux national de chômage et le taux de chômage dans la région de résidence du requérant.

Pour chaque demande, la prestation de base est fonction du nombre de semaines d'emploi assurable au cours des 52 semaines précédant la demande. Cette période initiale de prestations peut varier de 8 à 15 semaines. Lorsque celle-ci est écoulee, 10 semaines de prestations supplémentaires peuvent être accordées au titre de ce qu'on appelle une période de prestations de rétablissement, ce qui donne 10 semaines pour toutes les demandes. Lorsque ces prestations sont épuisées, d'autres prestations peuvent être versées en fonction de la durée d'emploi au cours de l'année précédente, du taux national de chômage et du taux de chômage dans la région de résidence du requérant. Chaque requérant admissible peut obtenir des prestations pendant un minimum de 18 semaines et un maximum de 51 semaines.

En 1974, toutes les personnes faisant partie de la population active et pour lesquelles il existe une relation employeur-employé sont assurées pour la première tranche de \$170 de leurs gains hebdomadaires. À l'heure actuelle, le taux des cotisations s'élève, pour l'employé, à 1.40 p. 100 des gains assurables, alors que pour l'employeur il existe 1.96 p. 100 de ces mêmes gains. Les autonomes sont à peu près les seuls à n'être pas couverts par l'assurance-chômage et, en conséquence, 96 p. 100 environ de la population active est ainsi assurée⁽¹⁴⁾.

Les prestations d'assurance-chômage sont fonction des gains assurables. Le taux de base est de 66 $\frac{2}{3}$ p. 100 de la moyenne des gains assurables

⁽¹⁴⁾Pour les exceptions, consulter la section consacrée à l'Assurance-chômage des pêcheurs et marins.

enfants physiquement handicapés et il est tenu à jour parallèlement aux registres provinciaux de l'état civil.

La présente partie a été consacrée à la description des services publics et privées de réadaptation médicale. Il faut toutefois mentionner les services de réadaptation médicale à l'intention des travailleurs bénéficiant des dispositions des mesures législatives sur l'indemnisation des accidentés du travail.

En vertu de ces dernières, cinq provinces ont institué des offices d'indemnisation des accidentés du travail — il s'agit de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de l'Ontario, du Québec et du Nouveau-Brunswick — qui administrent des centres de réadaptation à Vancouver, Edmonton, Lancaster, Downsview (près de Toronto), Montréal, Québec et Saint-Jean (Terre-Neuve). Les autres offices ont recours aux services de réadaptation des hôpitaux locaux ainsi qu'aux établissements ou aux centres spécialisés en matière de réadaptation. Tous ces centres regroupent des spécialistes de la réadaptation — médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes et spécialistes en gymnastique thérapeutique — qui utilisent le matériel et les méthodes les plus modernes.

CHÔMEURS

Le principal programme de soutien du revenu pour les chômeurs est, au Canada, l'assurance-chômage. Certains autres programmes moins importants contribuent également au soutien du revenu du chômeur, et notamment le régime des prestations supplémentaires de chômage et le régime des allocations ou prestations d'aide de transition. Les chômeurs nécessitent qui ont épuisé leurs crédits au titre du régime d'assurance-chômage et les personnes nécessitantes qui ne sont pas aptes au travail peuvent recevoir de l'aide aux termes des régimes provinciaux d'assistance sociale. Le coût de ces régimes est partagé en vertu du Régime d'assistance publique du Canada. Deux programmes importants ont été mis en oeuvre pour améliorer la disponibilité et la qualité de la main-d'oeuvre. Il s'agit du programme pour la mobilité de la main-d'oeuvre et du programme de formation professionnelle pour les adultes.

Assurance-chômage

La crise économique des années 30 a fait ressortir la nécessité d'un programme national d'assurance-chômage. En 1935, le Parlement a adopté la Loi sur le placement et les assurances sociales. Toutefois, la Cour suprême du Canada jugea ultérieurement qu'il s'agissait là d'une question qui était d'avantage du ressort des provinces que de celui du gouvernement fédéral. Deux ans plus tard, le Premier ministre demandait aux provinces de renoncer à leurs droits de manière à ce que le gouvernement fédéral puisse reprendre ce domaine à sa charge.

centres de consultation, de dépistage et de surveillance à l'intention des personnes souffrant de crises aiguës de diabète et des nouveaux diabétiques. Chacune des dix provinces compte un centre anticancéreux doté des installations, du matériel et des moyens les plus modernes.

Il existe plusieurs organisations bénévoles qui luttent contre certaines maladies, comme la Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme, l'Association canadienne des paraplégiques, l'Association canadienne des diabétiques, l'Institut national canadien pour les aveugles, l'Association canadienne contre la tuberculose et les maladies respiratoires, la Société canadienne du cancer et la Fondation canadienne de la fibrose kystique. Ces organismes assurent dans certains cas des services de réadaptation et d'assistance médicales. Au même titre que d'autres organisations locales comme l'Association contre la paralysie cérébrale, ces organismes subventionnent des cliniques spéciales et des cliniques mobiles. Certaines organisations qui luttent contre plusieurs invalidités, et par exemple, au niveau provincial, les Sociétés pour les enfants et adultes estropiés, la Société de la Croix-Rouge et l'Association des infirmières de l'Ordre de Victoria assurent, depuis nombre d'années, toute une gamme de services de réadaptation médicale en se chargeant de services diagnostiques, de certains traitements médicaux et chirurgicaux et de programmes d'hygiène communautaire. Puisque les programmes de l'État touchent une proportion de plus en plus grande de la population, les organisations bénévoles peuvent se consacrer davantage à des secteurs qui viennent compléter celui de la réadaptation médicale ou mettre à la disposition des autorités provinciales et locales, moyennant le remboursement par ces dernières de leurs honoraires, leurs services de réadaptation médicale. Les programmes de soins à domicile peuvent mobiliser les ressources de plusieurs organismes bénévoles et assurer ainsi une coordination des services de réadaptation qui regroupe les soins médicaux et infirmiers, la physiothérapie, l'assistance aux malades et les services rendus aux malades à domicile. En règle générale, tous les membres des collectivités dans lesquelles des services de ce genre existent peuvent bénéficier de ceux-ci.

Il n'existe au Canada aucun registre des invalides, bien que divers systèmes de compilation et de registres aient été institués dans le cadre de programmes de recherche, de prévention ou de traitement. Depuis 1966, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social dispose d'un système de surveillance et de contrôle des anomalies congénitales qui a été mis sur pied avec la participation de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario. Des registres provinciaux d'enfants handicapés ont été créés dans les ministères de la santé de ces mêmes provinces, mais l'inscription dans ces registres est toutefois facultative. Le Registre des adultes et des enfants handicapés de la Colombie-Britannique s'est valu une renommée internationale et mérite une mention particulière. Il est considéré comme l'un des meilleurs du genre au Canada. Il est suffisamment riche pour pouvoir fournir des données valables sur les

mentale. Ils comprennent en règle générale tous les services à l'intention des enfants handicapés, des enfants phocomèles victimes de la thalidomide, des enfants atteints de paralysie cérébrale, de fibrose kystique, de rhumatisme articulaire, de diabète, ainsi que des petits amputés. Plusieurs ministères provinciaux ont institué des programmes spéciaux pour les paralégiques et les arthritiques.

Des services de réadaptation médicale répondant aux normes reconnues sont assurés dans les hôpitaux de réadaptation et les hôpitaux pour malades chroniques, ainsi que dans certains départements ou unités spécialisées des hôpitaux généraux, et ce dans tout le Canada. Il existe 18 centres indépendants assurant la gamme complète des services de réadaptation qui ont le statut d'hôpitaux en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. Parmi eux, on compte cinq centres spécialisés pour la réadaptation des enfants: un à Saint-Jean, un à Trois-Rivières, un à Edmonton et deux à Toronto.

L'établissement le plus important et le plus complet est le Centre pour enfants handicapés de l'Ontario (*Ontario Crippled Children's Centre*) qui offre toute une gamme de traitements intensifs en vue de la réadaptation des enfants, des services spécialisés d'évaluation ainsi que toute une série de programmes spéciaux de rééducation. Il assure également des soins prolongés aux malades chroniques ou invalides ainsi que des services de longue durée ou de "soins auxiliaires" qui entrent dans le cadre des activités des hôpitaux généraux ou s'y rattachant. Ce sont notamment des disciplines de réadaptation comme l'ergothérapie, la logothérapie et la physiothérapie. Il y a en outre de très nombreux autres services spécialisés de réadaptation à l'intention des enfants et des adultes.

On compte un grand nombre de centres de consultation et de soins spécialisés pour les enfants atteints des principales invalidités. Il s'agit notamment de centres de traitement et de formation pour les enfants atteints de paralysie cérébrale, de cliniques de logothérapie et de cliniques pour mal-entendants, de cliniques spécialisées dans le traitement de la fibrose kystique, pour ne citer que celles-là. Les écoles spéciales pour sourds, aveugles et enfants atteints d'invalidités multiples ou nécessitant des soins orthopédiques disposent souvent d'une gamme importante d'installations de réadaptation médicale.

Certains centres spécialisés et centres de consultation qui se consacrent également au traitement des invalidités frappant les adultes sont associés aux hôpitaux universitaires. Chaque province dispose d'un centre de réadaptation pour le traitement des paralégiques rattaché à un hôpital universitaire; c'est le cas, par exemple, du Centre Lyndhurst Lodge, à Toronto, qui assure toute une gamme de services, de soins et de consultations pour les paralégiques. Outre les cliniques spécialisées pour le traitement des affections oculaires qui sont rattachées aux hôpitaux universitaires, la plupart des grandes villes du Canada disposent d'un centre de traitement du glaucome. Plusieurs grandes villes comptent désormais des

ont besoin de services particuliers de ce genre en minimisant les séquelles des maladies et des accidents et en aidant les intéressés à retrouver une place dans les structures sociales et économiques de la société. La présente partie est consacrée à la réadaptation médicale. D'autres parties du présent ouvrage traitent davantage de la réadaptation sociale et professionnelle. Bien que nous abordions dans une partie distincte la réadaptation médicale, il convient de préciser que les services de réadaptation médicale, professionnelle et sociale sont reliés et fonctionnent en étroite collaboration.

La réadaptation médicale intéresse à la fois les organismes fédéraux et provinciaux. Le gouvernement fédéral a procédé à une décentralisation de certains services ou fonctions spécialisés au profit de ses diverses directions générales. Les ministères provinciaux de la santé et les organismes chargés de l'assurance-hospitalisation ont délégué ces mêmes fonctions pratiques aux pouvoirs locaux compétents, et notamment aux hôpitaux. Outre les services de réadaptation médicale qui sont organisés au niveau des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation, une bonne partie des services spécialisés sont assurés de façon autonome et individuelle par les médecins et les représentants des professions paramédicales. Les frais sont, pour la plupart, couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social assure, sur le plan national, les consultations et la coordination nécessaires dans le domaine de la réadaptation médicale. Il fournit aux ministères provinciaux de la santé, aux hôpitaux, aux centres de réadaptation et aux universités les renseignements et les conseils techniques requis sur tous les aspects médicaux, sociaux et spécialisés de la réadaptation médicale. Le Ministère est expressément chargé de l'évaluation de l'invalidité aux termes du Régime de pensions du Canada, de la Loi sur les aveugles, de la Loi sur les invalides, de la prévention de la cécité et de la gestion du réseau national des services de prothèse. Ces derniers comprennent la manufacture centrale de prothèses de Toronto et 12 centres de prothèse répartis dans les principales villes du Canada. Ces centres assurent principalement tous les services de prothèse nécessaires comme les membres artificiels, les prothèses postopératoires, les appareils d'orthèse, les chaussures et bottines orthopédiques ainsi que les accessoires de prothèse et d'orthèse. Une unité mobile chargée du placement des prothèses peut être détachée sur simple demande du centre de prothèse le plus proche. En outre, divers services sont assurés par des centres de prothèse et d'orthopédie privés.

Les ministères provinciaux de la santé et les organismes responsables des services hospitaliers sont chargés de la planification et de la prestation des services de réadaptation médicale, et ce en collaboration avec les sections sanitaires locales, les organismes bénévoles et les associations professionnelles.

La majorité des ministères provinciaux de la santé ont mis en oeuvre des programmes de réadaptation spécialisés qui viennent s'ajouter aux programmes contre la tuberculose, les maladies mentales et l'arriération

Il s'agit ici de plusieurs services médicaux, sociaux et professionnels qui ont pour but la réadaptation, voire la réintégration, des personnes qui

Réadaptation médicale des invalides et des malades chroniques

de dollars. tation. Après réintégration, leurs revenus ont été chiffrés à 16 millions ainsi obtenu un emploi, et de leurs personnes à charge, avant leur réadaptation. Après réintégration, leurs revenus ont été chiffrés à 16 millions de dollars le coût annuel de l'entretien des 4,005 invalides qui ont 355 avaient pu être réadaptées comme ménagères. On peut évaluer à quatre retrouver un emploi normal, 428 avaient pu obtenir un emploi protégé et cette année montrent qu'à la fin de l'année 4,005 invalides avaient pu Des rapports complets portant sur 5,909 invalides réadaptés au cours de dépenses \$6,500,000 au titre du programme de réadaptation professionnelle. Au cours de l'année financière 1971-1972, le gouvernement fédéral a de l'immigration par exemple.

domaine en collaboration avec les ministères, celui de la Main-d'oeuvre et de la Santé nationale et du Bien-être social coordonne les activités dans ce une partie du coût de la publicité faite au niveau provincial. Le ministre professionnelle, s'occupent de la publicité à l'échelle nationale et assument améliorer le fonctionnement des programmes provinciaux de réadaptation sionnelle, contribuent à la réalisation des projets de recherche visant à compléter les renseignements nécessaires en matière de formation professionnelles pour les services de réadaptation; en outre, les services fédéraux d'information et contribue de diverses manières à l'élaboration de normes chargé de la mise au point des cours et de la publication des brochures et l'administration de leur programme. Le secteur fédéral est également nada joue un rôle consultatif et conseille les provinces sur la mise en place de l'accord, le Directeur général du Régime d'assistance publique du Canada partie du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Aux termes Direction générale du Régime d'assistance publique du Canada, qui fait du programme relève de la Division des services de réadaptation de la services de réadaptation professionnelle des invalides. La partie fédérale réadaptation qui est chargé de la coordination et de l'administration des Chaque province a son coordonnateur ou directeur des services de rémunéré.

ou agricole, dans un atelier protégé ou dans tout autre secteur d'activité du travail, en travaillant soit à son compte, soit dans une entreprise familiale occuper un "emploi bien rémunéré", c'est-à-dire qui a sa place sur le marché tation professionnelle . . . ". Un invalide réadapté est une personne qui peut activité utile en mettant à leur disposition des services appropriés de réadaptation du public ou de parents et de leur permettre d'exercer de nouveau une désavantages que connaissent les invalides, afin d'éviter qu'ils ne dépendent la réadaptation professionnelle des invalides a pour but "d'éliminer les Comme le précise le préambule de l'Accord, le programme de la Loi sur des invalides peuvent également être ainsi partagés.

encore les personnes frappées d'invalidité physique ou mentale qui bénéficient des prestations de la Loi sur l'assistance sociale, peuvent également bénéficier d'un soutien de revenu de manière à ce que le total mensuel de leurs revenus atteigne \$213 pour une personne seule et \$427.76 pour un couple marié dont les deux conjoints sont admissibles. Le coût de l'assistance accordée aux invalides dans le cadre des régimes d'assistance sociale est financé en partie par le gouvernement fédéral en vertu du Régime d'assistance publique du Canada.

Formation et allocations

Les invalides admissibles qui ont droit aux allocations de formation prévues par la Loi sur la formation professionnelle des adultes peuvent bénéficier des programmes de formation professionnelle pour invalides prévus par la Loi et qui leur permettent de trouver un emploi rémunéré. Ces dispositions ne s'appliquent toutefois pas aux anciens combattants ni aux bénéficiaires des dispositions d'indemnisation des accidents du travail. (Voir également, dans la section intitulée "Chômeurs", la rubrique consacrée à la formation professionnelle des adultes).

Les invalides qui ne peuvent bénéficier des dispositions de la Loi sur la formation professionnelle des adultes peuvent toutefois profiter des programmes provinciaux de réadaptation professionnelle et financés dans le cadre de certains accords fédéraux-provinciaux à frais partagés conformes aux dispositions de la Loi sur la réadaptation professionnelle des invalides.

Le programme de réadaptation professionnelle existe depuis 1952. À l'origine, il avait été établi par décret du conseil mais, depuis 1961, il relève des dispositions de la Loi sur la réadaptation professionnelle des invalides. Les premiers temps, l'application de cette Loi relevait du ministère du Travail et, ultérieurement, du ministère de la Main-d'œuvre et de l'Immigration. Toutefois, depuis le 1^{er} avril 1973, c'est le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social qui est chargé de l'administration du programme. En vertu des accords conclus avec toutes les provinces et territoires, à l'exception du Québec, le gouvernement fédéral prend à sa charge 50 p. 100 des frais qu'entraîne, pour la province, la réalisation d'un programme complet de réadaptation professionnelle à l'intention des personnes frappées d'invalidité physique et mentale. Ce programme englobe notamment les services médicaux, les services d'évaluation sociale et professionnelle, d'orientation, de rétablissement et de réintégration, la fourniture de prothèses, la formation, les allocations d'entretien ainsi que l'achat des outils, des livres et du matériel nécessaires. Ces services émanent directement du gouvernement provincial ou sont fournis par des organismes bénévoles. Les salaires, les frais de déplacements indispensables des membres du personnel dont les fonctions sont directement liées au programme de réadaptation professionnelle et les autres frais administratifs entrant dans le cadre de la coordination et de la prestation des services à l'intention

compris l'allocation, ne peut excéder \$1,260 par an pour un célibataire, \$2,220 par an pour un couple marié ou \$2,580 par an pour un couple marié dont le conjoint est aveugle, aux termes de la Loi sur les aveugles. Cette dernière Loi prescrit que, pour les aveugles, le revenu total, y compris l'allocation, ne peut excéder \$1,500 par an pour un célibataire, \$1,980 par an pour une personne seule ayant au moins un enfant à charge, \$2,580 pour un couple marié et \$2,700 par an pour un couple marié dont les deux conjoints sont aveugles.

La quote-part du gouvernement fédéral pour les allocations d'invalides ne peut être supérieure au moins élevé des deux montants suivants, à savoir 50 p. 100 de \$75 par mois ou de l'allocation des allocations aux aveugles ne peut être supérieure au moins élevé des deux montants suivants, à savoir 75 p. 100 de \$75 par mois ou de l'allocation

Depuis le 1^{er} avril 1965, une compensation est versée à la province de Québec aux termes de la Loi sur les programmes établis (Arrangements provisoires).

Conformément aux modalités du Régime d'assistance publique du Canada, une province peut aider les personnes nécessitantes qui entrent dans ces catégories dans le cadre d'un régime général d'assistance sociale dont le coût peut être partagé en vertu du Régime. À la fin de 1973, toutes les provinces et territoires à l'exception du Nouveau-Brunswick, du Manitoba et du Yukon, n'acceptaient plus les demandes d'allocations aux invalides. Quatre des provinces — le Québec, l'Ontario, la Saskatchewan et l'Alberta — et les Territoires du Nord-Ouest, n'acceptaient plus non plus les demandes d'allocations aux aveugles.

En mars 1973, les allocations aux invalides étaient versées à 8,213 prestataires et les allocations aux aveugles à 2,557 prestataires. En 1972-73, les versements effectués par le gouvernement fédéral, compte tenu des versements au Québec, s'élevaient à 4 millions de dollars et à 1.7 million de dollars respectivement.

Assistance sociale provinciale

Les personnes frappées d'invalidité temporaire et les personnes à leur charge reçoivent dans toutes les provinces, une aide spéciale dans le cadre des régimes provinciaux d'assistance sociale. Les personnes frappées d'invalidité permanente et complète qui, auparavant, bénéficiaient d'une aide au titre du régime fédéral-provincial d'allocations aux invalides, bénéficient maintenant, dans sept provinces, de l'assistance prévue par le régime normal d'assistance sociale, tout comme c'est le cas, dans quatre provinces, pour les aveugles.

En décembre 1972, la Colombie-Britannique adoptait la Loi sur le soutien de revenu des handicapés (*Handicapped Persons Income Assistance Act*) en vertu de laquelle les handicapés qui bénéficient des prestations prévues par la Loi sur les allocations aux aveugles et aux invalides, ou

du Régime de pensions du Canada et du Régime des rentes du Québec, les cotisants invalides admissibles reçoivent une pension depuis 1970. Les travailleurs devenus invalides à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, et qui sont couverts par la législation sur l'indemnisation des accidentés du travail, bénéficient, en vertu de ces régimes, de versements en espèces, de soins médicaux et hospitaliers et de services de réadaptation. Les invalides nécessitent peuvent bénéficier d'un soutien de revenu dans le cadre des régimes fédéraux-provinciaux d'allocation aux invalides et aux aveugles, ou encore dans le cadre de certains régimes provinciaux d'assistance sociale. Les invalides bénéficient des services de réadaptation, et notamment de réadaptation professionnelle, prévus par des programmes du gouvernement et de divers organismes bénévoles.

Régime de pensions du Canada et Régime des rentes du Québec

En vertu de ces régimes, les pensions aux cotisants invalides et les prestations pour les enfants à leur charge sont versées depuis le printemps de 1970.

Un cotisant qui devient invalide après avoir versé les cotisations requises a droit à une pension d'invalidité composée d'un montant fixe de \$33.76 par mois en 1974⁽¹³⁾, et d'un montant proportionnel à ses gains équivalant à 75 p. 100 d'une pension de retraite, calculée comme si le prestataire avait atteint l'âge de 65 ans pendant le mois au cours duquel il commencerait à recevoir la pension d'invalidité. Un cotisant est considéré comme invalide s'il est atteint d'une invalidité physique ou mentale suffisamment grave, et susceptible de se prolonger, pour l'empêcher d'occuper un emploi suffisamment rémunéré. (Pour les prestations aux enfants à charge des cotisants invalides, voir la section consacrée aux enfants).

Les prestations de survivants du Régime de pensions du Canada, dont il a été fait état dans la section consacrée aux survivants, sont versées aux veufs invalides à charge et aux veuves invalides sans tenir compte de leur âge. Le veuf invalide doit faire la preuve de son invalidité pendant toute la durée de sa pension, alors que la veuve invalide ne doit la prouver que jusqu'à l'âge de 45 ans.

Régimes fédéraux-provinciaux d'allocation aux aveugles et aux invalides

La Loi sur les aveugles, de 1951, et ses modifications, ainsi que la Loi sur les invalides, de 1954, avec ses modifications, prévoient que le gouvernement fédéral peut rembourser aux provinces les allocations d'assistance aux aveugles et aux personnes frappées d'invalidité totale ou permanente, âgées de 18 ans ou plus. Pour avoir droit à des prestations en vertu de l'une de ces deux lois, le requérant doit répondre aux critères de résidence — dix ans — et de revenu. En vertu de la Loi sur les invalides, le revenu total, y

(13) Le montant fixe est de \$86.56 au Québec.

Au Canada, le soutien du revenu des invalides et les services qui leur sont essentiels sont assurés par des programmes du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux et de certains organismes privés. En vertu

INVALIDES

Des garderies pour les enfants des mères qui travaillent n'existent que dans les grandes villes. Six provinces octroient des subventions à leurs garderies. L'Ontario rembourse aux municipalités 80 p. 100 des frais d'exploitation et d'entretien et, depuis 1971, en vertu d'une modification apportée à la Loi sur les garderies, la province peut accorder à une municipalité une subvention d'investissement allant jusqu'à 50 p. 100 du coût de construction d'un nouveau bâtiment ou d'une annexe ou encore du coût d'achat d'un nouveau bâtiment. Au cours de la même année, la Nouvelle-Écosse a adopté une loi permettant à la province de prendre à sa charge une partie des frais d'investissement et d'exploitation des garderies agréées en vertu de la loi ou administrées par une municipalité. La Saskatchewan prévoit une aide à la construction, au développement et à l'exploitation des garderies. En Alberta, l'assistance provinciale accordée en vertu de la Loi sur les services sociaux de prévention (*Preventive Social Services Act*) peut aller jusqu'à 80 p. 100 des frais d'investissement, d'administration et d'exploitation des garderies agréées par les municipalités. En Colombie-Britannique, la province peut payer ou aider les parents à, en tout ou en partie, les frais de garde des enfants, si toutefois certains critères d'admissibilité sont respectés. Au Manitoba, la Loi sur les allocations sociales (*Social Allowances Act*) prévoit une aide provinciale pour les soins spéciaux et notamment pour ceux qui sont dispensés dans une garderie agréée ou dans un foyer privé. Les garderies privées et bénévoles doivent être agréées.

Les établissements pour enfants sont régis par les lois provinciales sur le bien-être à l'enfance et les règlements provinciaux ou municipaux d'hygiène publique; généralement, ils sont soumis à des inspections et, dans certaines provinces, ils doivent même être agréés. Ils peuvent être financés par voie de souscriptions privées, de subventions provinciales ou encore grâce au paiement, par les parents, l'organisme de placement, le ministère provincial ou l'organisation municipale responsable, d'une pension pour l'entretien de l'enfant ainsi placée.

par an, y compris les adoptions effectuées sur le plan privé. Sur l'autorisation écrite des parents. On compte environ 20,000 adoptions ultérieures peuvent être pupilles de la province ou être simplement placés ou dans certains établissements. Les enfants placés en vue d'une adoption ainsi que les soins pour les enfants placés en foyers nourriciers ou adoptifs ment certains services à l'intention des enfants habitant chez leurs parents, Divers services de soins à l'enfance sont fournis, le cas échéant, et notamment qu'il devienne pupille de la province ou d'une société d'aide à l'enfance. peut ordonner que l'enfant soit rendu à ses parents, sous surveillance, ou

Enfants d'un cotisant invalide (Régime de pensions du Canada et Régime des rentes du Québec)

La prestation versée à l'enfant d'un cotisant invalide est identique à la prestation d'orphelin et les critères d'admissibilité aux deux types de prestations sont pratiquement les mêmes. Cette prestation est versée à chaque enfant admissible d'un cotisant qui reçoit une pension d'invalidité, mais seulement pendant la période d'invalidité de celui-ci.

Enfants bénéficiaires d'autres régimes

Toutes les provinces accordent, selon les lois sur l'indemnisation des accidentés du travail, des prestations aux enfants survivants d'un travailleur décédé. Ces prestations sont versées sans condition aucune jusqu'à l'âge de 16 ans et plus tard encore si l'enfant poursuit sa scolarité. (Pour ce qui est des prestations aux enfants des anciens combattants et des civils ayant servi en temps de guerre, voir la section consacrée aux prestations de survivants — Anciens combattants).

Services de bien-être à l'enfance

Les services de bien-être à l'enfance, comprenant notamment les soins aux enfants, la protection de l'enfant, les divers services pour parents célibataires et services d'adoption, sont prévus dans toutes les provinces en vertu de lois provinciales. Ces programmes sont régis par les pouvoirs provinciaux ou les sociétés locales d'aide à l'enfance (c'est-à-dire des organismes bénévoles dont les conseils d'administration se conforment à une charte et qui sont soumis à la supervision des ministères provinciaux). A Terre-Neuve, dans l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick, en Saskatchewan et en Alberta, les services de bien-être à l'enfance sont administrés par les pouvoirs provinciaux; au Québec, ils dépendent des établissements et organismes bénévoles reconnus, tant laïques que confessionnels; en Ontario, ces services sont du ressort d'un réseau de sociétés locales d'aide à l'enfance; en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique enfin, ils sont administrés dans les régions à forte densité de population par les sociétés locales d'aide à l'enfance et les organismes reconnus au Québec. Les sociétés d'aide à l'enfance et les organismes reconnus au Québec reçoivent des subventions provinciales substantielles, parfois aussi des subventions municipales et, dans plusieurs régions, elles bénéficient d'un financement privé sous forme de souscriptions, de collectes ou de caisses communautaires. Le coût de certains soins et services d'entretien des enfants confiés à un organisme public ou bénévole peut être partagé avec le gouvernement fédéral en vertu du Régime d'assistance publique du Canada (voir page 24).

Les organismes provinciaux ou bénévoles de bien-être à l'enfance sont autorisés à faire des enquêtes sur les cas d'abandons présumés et, au besoin, à prendre l'enfant sous leur garde et à soumettre le cas à un juge qui déterminera si l'enfant a bel et bien été abandonné. Dans l'affirmative, la cour

Elles seront aussi versées aux familles canadiennes en service à l'étranger mais qui restent néanmoins assujetties à l'impôt sur le revenu au Canada. En l'occurrence, l'allocation sera de \$20, comme le veut la norme à l'échelon national.

Pour qu'il y ait une certaine redistribution des revenus, cette nouvelle allocation est imposable. La personne qui demande une exemption pour enfant à charge doit déclarer dans ses revenus l'allocation familiale qu'elle a reçue pour celui-ci.

Une allocation spéciale et non imposable de \$20 par mois sera versée pour les enfants à la charge d'un gouvernement, d'un organisme gouvernemental ou d'un établissement privé. La même allocation non imposable sera versée aux parents nourriciers d'un enfant qui leur a été confié par un organisme du gouvernement.

Les allocations familiales normales et les allocations spéciales seront rajustées tous les ans en fonction de l'indice des prix à la consommation. Comme mesure provisoire, les prestations mensuelles versées en vertu des anciennes Lois sur les allocations familiales et sur les allocations aux jeunes ont été uniformément portées à \$12 du 1^{er} octobre au 31 décembre 1973.

Allocations familiales provinciales

Seuls le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard versent des allocations familiales provinciales. Au Québec, les familles reçoivent un supplément provincial de \$3 par moi pour le premier enfant, de \$4 pour le deuxième, de \$5 pour le troisième et de \$6 pour chaque enfant suivant. Ce supplément d'allocations familiales est administré par la province de Québec.

Dans l'Île-du-Prince-Édouard, les enfants appartenant à des familles comptant au moins cinq enfants ont droit à un supplément provincial mensuel de \$10 pour chacun des enfants après le quatrième. Ce supplément d'allocations familiales est administré par le gouvernement fédéral.

Prestations d'orphelins (Régime de pensions du Canada et Régime des rentes du Québec)⁽¹²⁾

Si un cotisant admissible de sexe masculin décède, une prestation mensuelle d'orphelin est versée aux enfants à charge admissibles de ce cotisant, que la mère soit vivante ou décédée. Une prestation d'orphelin est versée au décès d'une cotisante si elle était le soutien de l'enfant au moment de son décès. Pour être admissible à la prestation d'orphelin, l'enfant doit être un enfant à charge aux termes de la définition qui en est donnée par la Loi sur le Régime de pensions du Canada (voir la section consacrée aux survivants).

⁽¹²⁾A la suite du projet de modification du RPC, des prestations seront versées à un orphelin au décès de celui qui, de son père ou de sa mère, cotise au régime ou à l'enfant d'un cotisant invalide en cas d'invalidité de celui qui, du père ou de la mère, cotise au régime. Toutefois, le prestataire n'aura droit qu'à une seule prestation.

Une nouvelle Loi sur les allocations familiales a reçu la sanction royale le 12 décembre 1973 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1974. Le nouveau régime prévoit "le versement d'allocations familiales, à l'égard des enfants, afin d'accroître le revenu des familles canadiennes ainsi que d'allocations spéciales afin de pourvoir au soin et à l'entretien d'autres enfants . . .".

Ce régime, qui vient remplacer les régimes d'allocations familiales et d'allocations aux jeunes, intéresse les enfants à charge de moins de 18 ans, qu'ils fréquentent ou non l'école, soit environ 7.5 millions d'enfants dans 3.5 millions de familles approximativement.

La loi prévoit une allocation moyenne de \$20 par mois et par enfant, ainsi qu'une formule variable dont la souplesse permet à une province de modifier, par une loi provinciale, le taux des allocations selon l'âge de l'enfant, le nombre d'enfants que compte la famille ou les deux. L'allocation ne peut être inférieure à 60 p. 100 de la norme nationale, soit \$12. Dans la mesure du possible, l'allocation moyenne versée dans chaque province ne doit pas être inférieure à \$20 par mois et par enfant.

Deux provinces, l'Alberta et le Québec, ont indiqué qu'elles avaient l'intention de modifier le schéma des allocations familiales et une troisième province, l'Île-du-Prince-Édouard, a annoncé qu'elle verserait une allocation supplémentaire.

Selon le schéma adopté par le Québec, les familles recevront \$12 par mois pour le premier enfant, \$18 pour le deuxième, \$28 pour le troisième et \$31 pour chaque enfant suivant, plus \$5 supplémentaire pour chaque enfant entre 12 et 17 ans.

Le régime de l'Alberta est basé sur l'échelle suivante:

Age	Allocations mensuelles (\$)
6	15
7 - 11	19
12 - 15	25
16 & 17	28

Dans l'Île-du-Prince-Édouard, tous les enfants recevront \$20 par mois, mais les familles comptant cinq enfants ou plus bénéficieront d'un supplément provincial.

Puisque la nouvelle loi sur les allocations familiales vise principalement à compléter le revenu familial, le critère de scolarité a été abandonné. Les prestations seront versées uniquement aux enfants résidant au Canada et dont le père ou la mère est citoyen canadien, immigrant reçu ou, dans certains cas d'espèce, non-immigrant assujéti à l'impôt sur le revenu au Canada. Les immigrants recevront, pour leurs enfants, des allocations familiales sitôt qu'ils seront officiellement "reçus" au Canada. Le régime d'assistance familiale pour les enfants d'immigrants va donc être aboli.

En outre, des allocations familiales pourront être versées lorsque le père, la mère ou l'enfant est temporairement absent du Canada, qu'il soit en vacances, dans une école ou dans un établissement de soins particuliers.

Assistance sociale

En vertu des programmes provinciaux d'assistance sociale, toutes les provinces accordent une aide aux veuves, tout comme d'ailleurs à toutes les personnes nécessitueuses. (Voir la section consacrée aux personnes nécessitueuses).

Prestations aux survivants: indemnisation des accidentés du travail

Si un travailleur décède à la suite d'une blessure reçue au travail, sa veuve reçoit une pension mensuelle, un versement forfaitaire spécial, une allocation pour les frais funéraires et un versement mensuel pour chaque enfant qui n'a pas atteint l'âge prévu par la Loi.

Prestations de survivants: anciens combattants

Des prestations sont versées aux survivants des anciens combattants décédés par suite de blessures de guerre ou à la suite de blessures subies durant le service militaire en temps de paix. Ces prestations sont aussi versées aux survivants de certains civils qui ont servi en temps de guerre et sont décédés par suite de blessures subies en cours de service. Elles sont aussi versées en fonction de leurs besoins, aux survivants des anciens combattants ou de certains civils qui ont servi en temps de guerre et qui, bien que n'ayant pas été blessés en temps de guerre, étaient auparavant admissibles aux prestations d'assistance sociale pour anciens combattants. Les survivants comprennent les veuves, les enfants et les parents à charge.

ENFANTS

Il existe un certain nombre de régimes destinés à assurer aux enfants des services de soutien du revenu et de bien-être social. Des prestations sont versées dans l'ensemble du Canada en vertu du Régime fédéral d'allocation familiales, lequel est complété à l'échelon provincial, au Québec et dans l'Ile-du-Prince-Edouard, par des régimes d'allocation familiales. Pour les enfants à charge survivants, des versements sont effectués en vertu des régimes d'indemnisation des accidentés du travail et des régimes des pensions aux anciens combattants et des pensions de guerre pour les civils. Ces prestations sont versées aux orphelins depuis le début de 1968 en vertu du Régime de pensions du Canada et du Régime des rentes du Québec. Depuis la deuxième moitié de 1970, ces régimes prévoient aussi le versement de prestations aux enfants des cotisants invalides. Des prestations sont versées aux enfants à charge, en vertu du régime d'allocation aux anciens combattants et du régime d'allocation de guerre aux civils, mais ces prestations sont fonction d'une évaluation des ressources. Les régimes provinciaux d'assistance sociale accordent aussi une aide aux enfants des familles nécessitueuses (voir à ce sujet la section consacrée aux personnes nécessitueuses). Enfin, les enfants bénéficient de services de bien-être social dans le cadre de plusieurs régimes gouvernementaux et privés.

Une veuve de 65 ans ou plus reçoit une pension de veuve égale à 60 p. 100 de la pension de retraite de son mari. Cette disposition s'applique indépendamment de l'âge de la prestataire au moment du décès de son époux et même si elle bénéficiait déjà d'une pension de veuve avant l'âge de 65 ans.

Il se peut qu'une femme qui bénéficie d'une pension de veuve ait aussi cotisé au Régime de pensions du Canada ou au Régime des rentes du Québec et, par conséquent, qu'elle jouisse de plein droit de sa propre pension de retraite ou d'invalidité. Dans ce cas, la pension de veuve s'ajoute à l'autre pension, étant bien entendu que le total des deux pensions ne peut excéder la pension de retraite maximale prévue par la Loi.

Pension de veuf invalide⁽¹⁰⁾

Une pension de veuf invalide est payée à tout veuf invalide qui était entièrement ou presque entièrement à la charge de son épouse au moment du décès de celle-ci. Le requérant doit prouver son invalidité de la même manière que la personne qui demande une pension d'invalidité — comme on le verra plus loin — et la formule utilisée pour le calcul de la pension est la même que dans le cas d'une veuve invalide.

Prestations d'orphelins

Les prestations aux orphelins sont versées aux enfants à charge célibataires d'un cotisant décédé. Pour chacun des quatre premiers enfants, la prestation mensuelle équivaut à la prestation fixe de la pension de veuve — voir ci-dessus — c'est-à-dire \$33.76 en 1974⁽¹¹⁾. S'il y a plus de quatre enfants, le total des prestations, réparti également entre tous les enfants, est de \$33.76 pour chacun des quatre premiers enfants, plus la moitié de ce montant pour chaque enfant supplémentaire. Les prestations sont payables aux orphelins jusqu'à l'âge de 18 ans ou jusqu'à l'âge de 25 ans si le ou la prestataire poursuit des études à plein temps.

Prestations de décès

Au décès d'un cotisant, une indemnité forfaitaire équivalant à six fois la pension de retraite mensuelle du défunt est versée à la succession de celui-ci. Cette indemnité ne peut, toutefois, dépasser 10 p. 100 du total des gains ouvrant droit à pension pour l'année du décès, c'est-à-dire, pour 1974, au maximum \$660. Si le cotisant ne touchait pas de pension de retraite à son décès, l'indemnité de décès est calculée comme si le cotisant avait 65 ans.

⁽¹⁰⁾ Le discours du Trône du 27 février 1974 prévoyait une mesure législative visant à modifier le RPC de manière à mettre sur un pied d'égalité tous les cotisants, quel que soit leur sexe. Par conséquent, l'un des critères d'admissibilité à une pension de survivant au titre du RPC sera, pour les hommes, l'invalidité.

⁽¹¹⁾ Le taux applicable au Québec est de \$29. par mois.

SURVIVANTS

lité y contribue à raison de 20 p. 100. En outre, les frais d'entretien, de services et de recherche peuvent être en partie couverts par des subven-

tions spéciales.

Depuis le début de 1968, des prestations sont versées aux survivants à charge des cotisants, en vertu du Régime de pensions du Canada et du Régime des rentes du Québec. Les mères nécessiteuses peuvent recevoir une aide en vertu de certains programmes d'assistance sociale qui existent actuellement dans toutes les provinces. En outre, certaines provinces apportent aussi une assistance aux veuves plus âgées. En vertu des régimes d'indemnisation des accidentés du travail, des allocations aux anciens combattants et des pensions de guerre aux civils, des prestations sont également versées aux survivants.

Régime de pensions du Canada et Régime des rentes du Québec

Les prestations aux survivants à la charge des cotisants au Régime de pensions du Canada et au Régime des rentes du Québec comprennent les pensions aux veuves et les pensions aux veufs invalides, les prestations aux orphelins et les prestations de décès.

Pension de veuve⁽⁸⁾

Une pension de veuve sera payée aux survivants ou au compte des survivants d'un cotisant décédé qui a cotisé au régime pendant la période minimale d'admissibilité, soit trois ans pour ceux dont les prestations com-

mencent avant 1975.

Toute femme qui devient veuve entre 45 et 65 ans a droit à une pension de veuve composée de deux éléments : une pension mensuelle fixe — qui est de \$33.76 en 1974⁽⁹⁾ — plus 37½ p. 100 de la pension de retraite de son époux. Si ce dernier ne touchait pas de pension de retraite à son décès, la pension de veuve est calculée en tenant compte, selon la formule prescrite, de la pension dont il aurait pu bénéficier.

Toute femme qui devient veuve avant l'âge de 45 ans, qui est invalide ou qui a des enfants à charge ou des enfants invalides, touche la même pension. Si elle ne répond pas à l'une de ces conditions, sa pension est réduite de 1/120 pour chaque mois qui lui manque pour atteindre l'âge de 45 ans au moment du décès de son mari. Ainsi, une femme qui devient veuve à moins de 35 ans, qui n'a pas d'enfant à charge ni d'enfant invalide et qui n'est pas elle-même invalide ne touchera aucune pension avant l'âge de 65 ans, à moins qu'elle ne devienne invalide avant cet âge.

⁽⁸⁾Le discours du Trône du 27 février 1974 proposait une mesure législative visant à modifier le RPC de manière que les prestations de survivants soient versées, indépendamment du sexe, aux survivants des cotisants.

⁽⁹⁾En 1974, le taux mensuel fixe est de \$86.56 en vertu du Régime des rentes du Québec.

les grandes villes canadiennes; les compagnies aériennes et les chemins de fer font également des prix spéciaux. Certaines provinces acquittent les primes d'assurance-maladie de leurs citoyens âgés. En Saskatchewan, et au Manitoba, les personnes âgées propriétaires qui bénéficient du supplément de revenu garanti peuvent obtenir une subvention pour l'entretien de leur maison.

Nouveaux horizons pour les personnes âgées

Le programme Horizons Nouveaux pour les citoyens retraités a été lancé en septembre 1972 par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Ce programme met à la disposition des groupes de citoyens âgés des subventions qui leur permettent d'entreprendre des activités de leur choix et de leur conception et, de cette manière, de continuer à mener une vie active. Il poursuit trois objectifs: encourager les retraités à participer à la vie communautaire, leur offrir la possibilité de mettre leurs connaissances et leur expérience, si souvent négligées, à profit, tant pour eux que pour les autres et aider à la création de liens d'amitié et d'une assistance réciproque entre retraités, d'une part, et entre les retraités et les autres membres de la collectivité, d'autre part.

munity Centre de London.

L'évolution et le développement de services communautaires locaux à l'intention des personnes âgées ont entraîné une recrudescence d'activités récréatives et sociales. La majorité des grandes villes et une bonne partie des villes de moindre importance comptent aujourd'hui des centres ou des cercles pour personnes âgées, bien que la proportion de celles qui en profitent soit encore très modeste. Ces cercles ou centres peuvent être organisés sous les auspices des autorités municipales compétentes en matière de loisirs, des associations communautaires, des organisations de femmes canadiennes, des conseils du bien-être locaux, des cercles philanthropiques, des églises et des syndicats. Il est aussi intéressant de mentionner les cercles pour les employés à la retraite ainsi que les associations de retraités.

L'Ontario est la seule province dont les centres pour personnes âgées sont régis par des lois spéciales, bien que d'autres provinces financent, dans une mesure plus ou moins grande, de tels centres. En Ontario, la Loi de 1972 modifiant la Loi sur les centres pour personnes âgées (*Elderly Persons Centres Amendment Act*) prévoit des subventions allant jusqu'à 30 p. 100 du coût de construction ou d'achat d'un bâtiment devant servir de centre social, récréatif ou autre, aux personnes âgées, à condition que la municipa-

elle revêt, selon la province, diverses formes : subventions d'établissement, subventions d'entretien, versements journaliers forfaitaires pour chaque malade ou résident. En outre, des normes provinciales ont été établies ainsi que des modalités de supervision et de consultation.

Dans plusieurs provinces, la législation assure les soins de supervision nécessaires de vieillards résidant dans des pensions privées. A Terre-Neuve et en Colombie-Britannique, les personnes âgées qui bénéficient de l'assistance publique peuvent être placées dans des pensions provinciales autorisées, maisons qui doivent respecter les normes exigées en matière de soins. Au Manitoba et au Nouveau-Brunswick, les pensions de vieillards reçoivent leur permis en vertu des règlements sur la santé publique. En vertu de la Loi ontarienne sur les foyers de personnes âgées (Ontario Homes for the Aged Act), les vieillards qui peuvent être admis dans des foyers municipaux peuvent, au lieu de recevoir des soins en établissement, être placés dans une pension privée et autorisée (foyer d'adoption) qui est régulièrement inspectée.

Une division, un bureau ou un service consultatif spécial pour les vieillards a été institué dans le cadre de plusieurs ministères provinciaux du bien-être social. Dans plusieurs provinces on a créé, à l'échelon provincial, des conseils ou comités bénévoles de personnes âgées, qui fonctionnent comme organismes indépendants ou dans le cadre des conseils provinciaux du bien-être social. Une évolution parallèle se manifeste dans un nombre croissant de localités. L'un des principaux objectifs consiste à augmenter le nombre de services à la disposition des personnes âgées et à en améliorer la qualité. On peut par exemple citer le *Winnipeg Age and Opportunity Centre, Incorporated* qui oeuvre notamment dans les domaines de l'information, de l'orientation, du counselling et de l'emploi, tient à jour une liste de logements et gère plusieurs centres de vieillards, le *Social Planning Council of Metropolitan Toronto* qui s'attache sans cesse à étudier les besoins des personnes âgées, procède à des études portant sur ces questions et apporte son appui à la création de services spéciaux comme le *Centre d'information communautaire*, créé en 1970, parrainé par le *United Community Fund* et disposant des services d'un spécialiste en gérontologie; l'*Edmonton Society for the Retired and Semi-Retired* qui met à la disposition des personnes âgées et de leur famille des services d'information, de counselling et d'orientation, administre un centre d'accueil, publie un bulletin mensuel, s'occupe d'un service téléphonique de secours, organise les visites effectuées par ses bénévoles et ainsi de suite.

Quelques-unes des provinces accordent à leurs citoyens du troisième âge des réductions d'impôts ou de loyers ou ont institué des programmes généraux qui s'appliquent également aux citoyens plus âgés. Dans certaines localités, ces derniers bénéficient de réductions qui peuvent leur être consenties notamment par les pharmacies, les salons de coiffure pour hommes et femmes, les théâtres et les cinémas. Pour les transports en commun, des tarifs spéciaux pour personnes âgées sont de plus en plus répandus dans

Nombre de régimes de pensions peuvent être rajustés pour tenir compte des versements, de prestations au titre des mesures de soutien du revenu comme le Régime de sécurité de la vieillesse, le Régime de pensions du Canada et le Régime des rentes du Québec. La Loi n'exige pas le rajustement des pensions privées en fonction des programmes publics de soutien du revenu, mais les fondés de pouvoir de ces régimes ont le loisir, s'ils le désirent, de procéder à de tels rajustements. Un rajustement en fonction de la pension de sécurité de la vieillesse vise à assurer, à la retraite, un revenu moyen aux personnes qui prennent leur retraite avant d'avoir atteint l'âge auquel elles peuvent bénéficier d'une pension de sécurité de la vieillesse. Ce qui permet de verser une pension privée plus élevée, qui pourra ensuite être réduite au moment où le prestataire commence à recevoir une pension de sécurité de la vieillesse. Le rajustement des régimes privés en fonction du Régime de pensions du Canada et du Régime des rentes du Québec a pour but de réduire, pour les employés et les employeurs, le montant des cotisations versées à un régime de pensions privé si la combinaison des programmes de pensions publics et privés assure un revenu suffisant au moment de la retraite.		
Régimes à cotisations	Régimes sans cotisation	TOTAL
12,192	3,945	16,137
2,204,002	618,334	2,822,336
Nombre de membres		

Services généraux pour les personnes âgées

Outre les versements pour le maintien du revenu et les services médicaux et hospitaliers pour cette catégorie de citoyens, dont il sera d'ailleurs question plus tard, les personnes âgées bénéficient de plus en plus de divers services, notamment de bien-être social. Il s'agit des services d'auxiliaires familiales et de soins infirmiers, de repas livrés à domicile, d'installations de loisirs et d'autres mesures destinées à aider les personnes âgées à vivre chez elles de façon indépendante.

Dans plusieurs régions, des progrès sont réalisés dans le domaine des habitations à loyer modique destinées aux personnes âgées qui peuvent s'organiser par elles-mêmes. Il en va de même pour les personnes âgées qui doivent vivre en communauté dans des maisons de soins, des maisons ou des foyers de vieillards, des hôtelleries et des pavillons. Les normes des soins prodigués en établissement continuent de s'améliorer et un nombre croissant de foyers offrent maintenant des soins spécialisés pour répondre aux divers besoins des personnes âgées.

A l'exception de certains établissements fédéraux pour anciens combattants handicapés et de quelques institutions provinciales spécialisées, les établissements de vieillards et d'infirmes sont administrés, selon l'endroit, par des organismes bénévoles et par les pouvoirs locaux. Au cours des dernières années, l'aide provinciale aux foyers de vieillards s'est accrue;

Régimes de pensions privés

L'établissement du Régime de pensions du Canada et du Régime des rentes du Québec a mis l'accent sur le besoin, pour tout le Canada, d'une législation uniforme régissant les pensions privées. L'Ontario a modifié sa Loi sur les prestations de pensions à compter du 30 juillet 1965, et le Québec a adopté la Loi des régimes de rentes supplémentaires qui est entrée en vigueur le 15 juillet 1965. La Loi sur les prestations de pensions de l'Alberta est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1967, et celle de la Saskatchewan a été sanctionnée le 1^{er} avril 1967. La Loi provinciale régit tous les régimes de pensions en cours le jour de son entrée en vigueur et après cette date, dans la province en cause. Au niveau fédéral, la Loi sur les normes des prestations de pensions a été adoptée le 23 mars 1967, et elle ne s'applique qu'aux régimes de pensions dont les membres sont employés à des travaux, des entreprises ou des affaires (par exemple dans les banques et les services interprovinciaux de transports et de communications) relevant de la compétence fédérale.

En vertu de ces lois, des normes de base ont été fixées auxquelles les caisses de retraite ou les régimes de pension établis et administrés en vue d'assurer des prestations de pension aux employés sont soumis pour être enregistrés; ils ne peuvent être exploités que s'ils sont enregistrés.

En vertu d'un accord, chacune des provinces susmentionnées peut reconnaître la loi pertinente des autres provinces, de sorte qu'un régime de pensions qui a été enregistré et duquel on fait rapport d'activité, dans une province, n'a pas à être réenregistré ni à être déclaré de nouveau dans une autre de ces provinces s'il étend son champ d'action dans cette autre province. La Loi exige que les prestations de l'employé au titre d'un régime de pension lui soient entièrement dévolues (c'est-à-dire qu'il ait pleinement droit à ces prestations qui lui seront versées à la retraite) lorsqu'il atteint l'âge de 45 ans et qu'il a participé au régime pendant au moins dix ans ou travaillé pour un même employeur pendant une telle période. De plus, si l'employé quitte son emploi ou cesse de participer au régime avant sa retraite, au moins 75 p. 100 des prestations totales qu'il a accumulées en vertu du régime doivent être mises en réserve pour sa pension; il ne peut donc retirer qu'une somme globale égale à 25 p. 100 de la valeur de rachat de ces prestations.

D'autres dispositions de la Loi ont pour but d'assurer la solvabilité intégrale de ces régimes de pensions sur une période donnée, de limiter les genres de placements où les fonds du régime pourraient être engagés, d'assurer que les droits de l'employé à une pension soient transférables s'il change d'emploi, et d'établir que chaque partie intéressée à un régime de pensions soit suffisamment informée des clauses du régime.

En janvier 1970⁽⁷⁾ le nombre de régimes en activité et le nombre d'assurés de ces régimes étaient les suivants :

(7) Relevé des régimes et prestations de pensions, 1970 Statistique Canada (Ottawa)

Statistiques sur le supplément de revenu garanti,
mois de mai, 1967 à 1972

Année	Nombre de prestataires	Dépenses (\$)
1967	677,558	19,673,183
1968	736,018	20,114,149
1969	776,638	21,773,914
1970	814,960	22,820,924
1971	952,873	43,965,472
1972	961,880	46,315,128

Prestations supplémentaires d'assistance sociale

Les personnes âgées nécessitueuses qui ne peuvent bénéficier d'un soutien de revenu dans le cadre du Régime de pensions de sécurité de la vieillesse ou du Régime de pensions du Canada peuvent recevoir une aide additionnelle en vertu des régimes provinciaux d'assistance sociale. Celles qui bénéficient d'un soutien de revenu au titre de la sécurité de la vieillesse, du supplément de revenu garanti et du Régime de pensions du Canada peuvent recevoir, en plus des prestations qu'elles touchent déjà, des versements supplémentaires en vertu des régimes provinciaux d'assistance générale. L'ampleur de cette assistance est fonction d'une évaluation individuelle qui tient compte des besoins et des ressources du prestataire. Le coût de cette assistance peut être partagé avec le gouvernement fédéral dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada.

Dans certaines provinces, le plafond fixé pour les revenus des personnes de 65 ans ou plus est le même que pour les autres assistés sociaux, et le supplément versé au titre du programme est la différence entre le revenu prévu et le plafond établi par le barème provincial d'aide aux nécessiteux. Dans d'autres provinces, des prestations supplémentaires sont versées aux vieillards ou aux handicapés qui ont besoin d'une assistance particulière. En vertu de la Loi sur l'assistance minimale garantie (Guaranteed Minimum Income Assistance Act) adoptée en décembre 1972 par la Colombie-Britannique, un revenu global de \$213.85 pour les personnes seules et de \$427.70 pour un couple marié si les deux conjoints sont admissibles est garanti aux bénéficiaires d'une pension de sécurité de la vieillesse et d'un supplément de revenu garanti, aux personnes n'ayant pas droit à une pension de sécurité de la vieillesse et aux personnes ayant entre 60 et 64 ans. Les mêmes sommes sont versées aux handicapés, quel que soit leur âge, en vertu de la Loi sur l'assistance-revenu pour les personnes handicapées (Handicapped Persons Income Assistance Act)⁽⁶⁾. Sauf dans le cas des handicapés, aucune limite n'est imposée aux biens.

⁽⁶⁾Voir à ce sujet la partie consacrée à l'Assistance sociale provinciale.

la somme des prestations au titre de la pension de sécurité de la vieillesse et du supplément de revenu garanti. L'augmentation des prestations maximales vint ensuite s'ajouter au supplément. Un amendement apporté en mai 1972 à la Loi sur la sécurité de la vieillesse prévoyait une indexation de la pension de base de sécurité de la vieillesse et du supplément de revenu garanti destinée à traduire l'augmentation annuelle de l'indice des prix à la consommation. Le 1^{er} janvier 1972, la pension de base de sécurité de la vieillesse fut portée à \$82.88 par mois et le supplément de revenu garanti à \$67.12 par mois pour les pensionnés seuls et les couples dont l'un des conjoints seulement était pensionné et, dans le cas des couples mariés dont les deux conjoints sont pensionnés, à \$59.62 par mois pour chaque conjoint. Lorsque la pension de base de sécurité de la vieillesse fut portée à \$100 par mois, le supplément de revenu garanti passa à \$70.14 et à \$62.30. Lorsque l'indexation trimestrielle entra en vigueur en octobre 1973, la pension de sécurité de la vieillesse et les prestations maximales de supplément de revenu garanti augmentèrent parallèlement, pour augmenter encore le 1^{er} janvier 1974. À partir du 1^{er} avril 1974, le supplément de revenu garanti maximal pour un pensionné seul ou pour un couple marié dont l'un des deux conjoints seulement est pensionné passa à \$77.27 ce qui, avec la pension de sécurité de la vieillesse de \$110.09, donne un revenu mensuel garanti minimal de \$187.31. Dans le cas d'un couple marié dont les deux conjoints sont pensionnés, le supplément de revenu garanti est de \$68.58 pour chaque conjoint ce qui, avec la pension de sécurité de la vieillesse, donne un revenu mensuel garanti minimal de \$357.34.

Les pensionnés qui jouissent d'autres revenus que la pension de sécurité de la vieillesse peuvent recevoir des prestations partielles. Le supplément maximal est réduit de \$1 par mois pour chaque tranche mensuelle de revenu de \$2 qui excède la pension de sécurité de la vieillesse et les suppléments éventuels. À ce titre, le calcul du revenu s'effectue conformément aux dispositions de la Loi de l'impôt sur le revenu. Pour un couple marié, chaque conjoint est censé avoir touché la moitié de l'ensemble des revenus perçus par les deux conjoints. Lorsque l'un des conjoints n'a touché durant l'année en cours aucune pension de sécurité de la vieillesse, on déduit de la moitié de la somme des revenus du couple six fois le montant de la pension mensuelle de sécurité de la vieillesse pour calculer le revenu de ce pensionné aux fins du supplément de revenu garanti.

Un supplément n'est versé aux couples mariés que si les deux conjoints présentent une déclaration de revenus. Toutefois, pour ne pas imposer des difficultés excessives lorsqu'il est impossible d'obtenir une déclaration de revenus de l'un des conjoints, on peut dans certains cas considérer l'autre conjoint comme célibataire pour établir son revenu. De plus, bien que la situation de famille soit déterminée au 31 mars de l'année précédant l'année du versement des prestations, et ce même si un changement est intervenu pendant l'année en cours, selon une disposition particulière de la Loi, un prestataire peut être réputé marié ou célibataire pour l'année précédente.

Canada pendant toute l'année qui précède immédiatement le mois au cours duquel sa demande de pension est approuvée. Une pension peut également être versée aux personnes qui ont quitté le Canada avant d'avoir l'âge requis, à condition toutefois, qu'elles aient résidé au Canada pendant 40 années après leur 18^e anniversaire. Tout pensionné peut continuer à recevoir sa pension même s'il ne réside plus au Canada: si le prestataire a résidé au Canada pendant 20 années après le 18^e anniversaire, il peut recevoir indéfiniment sa pension hors du Canada. Toutefois, à défaut de cette seule conditions de résidence, le paiement de la pension hors du Canada ne peut se poursuivre que durant les six mois qui suivent le mois du départ pour ne reprendre que le mois durant lequel le pensionné revient s'établir au Canada.

Administration

Le régime est administré par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social par l'intermédiaire de bureaux régionaux situés dans la capitale de chaque province. C'est aux bureaux régionaux que doivent être adressées les demandes de pension. Le bureau régional d'Edmonton est chargé de l'administration du Régime de pensions du Canada pour tous les résidents du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.

Statistiques de la sécurité de la vieillesse (provinces)
pour les années se terminant le 31 mars, de 1967 à 1972

Année	Nombre de prestataires	Dépenses (\$)
1967	1,229,561	1,033,408,230
1968	1,366,210	1,153,283,794
1969	1,504,862	1,296,849,281
1970	1,670,639	1,467,056,517
1971	1,720,128	1,627,219,132
1972	1,762,834	1,679,295,257

Programme de supplément de revenu garanti

L'amendement de la Loi sur la sécurité de la vieillesse adopté en 1966 prévoit le paiement d'un supplément mensuel de revenu garanti aux bénéficiaires de la pension de vieillesse pour lesquels cette pension représente la principale ou la seule source de revenu. Ce programme fut lancé le 1^{er} janvier 1967 et les prestations maximales payables à l'époque étaient de \$30 par mois. Après 1967, le supplément maximal atteignait 40 p. 100 de la pension de sécurité de la vieillesse et, en 1970, il fut porté à \$31.83 par mois. En vertu de la modification apportée à la Loi en décembre 1970 et qui entra en vigueur le 1^{er} avril 1971, le supplément mensuel maximal fut porté à \$55 pour les pensionnés vivant seuls et les couples dont seul l'un des conjoints est pensionné et à \$95 pour les couples de pensionnés. Le supplément mensuel maximal fut rajusté en fonction de l'indice des prix à la consommation jusqu'à concurrence d'un plafond de 2 p. 100 s'appliquant à

antérieure au Canada, équivalant au total, au double de la durée des absences du requérant. Dans ce cas toutefois, le requérant devait avoir résidé au Canada au cours de l'année précédant immédiatement la date d'approbation de sa demande de pension. Au cours des années, les modifications successives de la Loi ont haussé le niveau des prestations, diminué l'âge d'admissibilité et assouplit les conditions de résidence.

Le taux des prestations a été plusieurs fois relevé jusqu'à atteindre en octobre 1963, \$75 par mois. La condition de résidence minimale a été réduite à une période de dix ans précédant immédiatement l'acceptation de la demande; toutefois, la disposition relative aux interruptions de la période de résidence n'a pas été modifiée.

Le Régime de pensions du Canada, qui entra en vigueur en janvier 1966, offrait une pension de retraite supplémentaire proportionnelle aux gains d'un travailleur et qui assurait à tous les cotisants une pension pouvant aller jusqu'à 25 p. 100 de la moyenne des gains précédemment acquis. À l'adoption de ce Régime, des modifications ont été apportées en vertu desquelles on abaissait l'âge d'admissibilité à la pension versée aux termes de la Loi sur la sécurité de la vieillesse tout comme du Régime de pensions lui-même. Ainsi l'âge d'admissibilité était-il tous les ans abaissé d'une année, de sorte qu'en 1970 l'âge prescrit pour avoir droit aux pensions des Régimes SV/RPC avait été réduit à 65 ans.

La pension de la Sécurité de la vieillesse fut progressivement rajustée grâce aux augmentations de l'indice des pensions qui avait été créé pour le Régime de pensions du Canada. La pension mensuelle passa donc de \$75 à \$76.50 en 1968, à 78 en 1969 et à \$79.58 en 1970.

Mais à compter de 1970, les changements allaient se succéder à un rythme rapide: en janvier 1971, la pension SV était portée à un taux uniforme de \$80 par mois; en janvier 1972, la pension de base était relevée afin de l'aligner entièrement sur l'augmentation de l'Indice des prix à la consommation; en avril 1973, elle était portée à \$100, alors qu'en octobre de la même année on passait à un système de rajustement trimestriel et non plus annuel, mesure qui a été décrite comme étant "l'une des dispositions clés parmi plusieurs autres qu'entend adopter le gouvernement afin de pallier à la hausse des prix à la consommation". En conséquence, la pension de base passait le 1^{er} octobre 1973 à \$105.30, puis à \$108.14 en janvier 1974 pour atteindre le 1^{er} avril 1974, \$110.09.

Critères d'admissibilité

Tout requérant qui a l'âge prescrit est admissible à la pension de Sécurité de la vieillesse s'il a résidé au Canada pendant les dix années qui ont précédé immédiatement l'approbation de sa demande. Une absence du Canada au cours de cette période de dix années de résidence peut être compensée par les années de résidences accomplies après avoir atteint l'âge de 18 ans; cette période de résidence antérieure doit équivaloir au total à trois fois la durée cumulative de ses absences; il doit aussi avoir habité au

années d'existence du Régime, seules des pensions de retraite partielles sont versées. Les premières pensions de retraite à plein taux ne commenceront à être payées qu'en 1976.

Après 1975, on pourra ne pas tenir compte de certaines périodes pendant lesquelles les gains ont été faibles ou nuls, ou les gains eux-mêmes pourront être ignorés dans le calcul des gains moyens ouvrant droit à la pension de retraite. Pour cela, on pourra substituer les gains ouvrant droit à pension perçus entre 65 et 70 ans aux gains, faibles ou nuls, de périodes précédentes d'une durée équivalente. On ne tient donc pas compte des périodes précédentes dans les calculs.

En outre, on peut également exclure du calcul 15 p. 100 du nombre de mois au cours desquels la personne aurait pu verser une cotisation et les gains perçus au cours de cette période, à condition toutefois que la période de cotisation ainsi réduite ne soit pas inférieure à 120 mois. Ces dispositions de compensation permettent à un prestataire de toucher une pension supérieure à celle qu'il devrait normalement recevoir.

Une pension de retraite peut être payable n'importe quand entre 65 et 70 ans, à condition que le cotisant se soit retiré de son emploi régulier. En 1974, le cotisant qui aurait touché des gains annuels de \$1,140 ou moins, sera considéré comme étant retraité advenant qu'il fasse une demande de pension. Si un prestataire de la pension de retraite reprend un emploi, ses gains doivent être soumis à une évaluation. Si les gains résultant d'un emploi vont de \$1,140 à \$1,900 par an, la pension est réduite à raison de la moitié des gains réels excédant \$1,140, et la réduction maximale est donc de \$380 pour cette catégorie. Si les gains annuels dépassent \$1,900, la réduction est de \$380 plus tous les gains excédant \$1,900. Toutefois, le montant de la pension n'est pas réduit pour les mois au cours desquels les gains du bénéficiaire sont inférieurs ou égaux à \$94, indépendamment du montant total des gains acquis pendant toute l'année. À l'âge de 70 ans, le cotisant a droit au plein montant de sa pension de retraite quelle que soit la valeur de ses gains^(4/5). Les limites établies pour l'évaluation des gains et la retraite seront rectifiées en fonction de l'indice des gains.

Sécurité de la vieillesse

Le Régime universel des pensions de sécurité de la vieillesse est entré en vigueur en janvier 1952 en prévoyant le paiement universel d'une prestation mensuelle de \$40 à toutes les personnes de 70 ans ou plus qui ont résidé au Canada pendant les 20 années précédant immédiatement l'approbation de la demande de pension. Une interruption de la période de résidence pouvait être compensée par un nombre d'années de résidence

^{4/}Le discours du Trône du 27 février 1974 proposait une mesure législative visant à supprimer l'examen des gains aux termes du Régime de pensions du Canada, pour les personnes âgées de 65 à 69 ans.

^{5/}Le Régime des rentes du Québec prévoit l'examen des gains d'un retraité selon lequel, on déduit la pension à raison de la moitié des gains excédant \$1,140.

taux combiné de 3.6 p. 100, et la cotisation est aussi calculée en proportion de la fourchette de revenus annuels allant de \$700 à \$6,600, à condition toutefois que le cotisant ait gagné au moins \$900 au cours de l'année visée.

Rajustement des prestations

Dès le premier versement mensuel au titre du RPC, les prestations sont rajustées tous les ans en fonction de la hausse de l'indice des prix à la consommation. Les prestations sont versées indépendamment du lieu de résidence du prestataire, au Canada ou à l'étranger.

La fourchette des gains cotisables au titre du Régime de pensions du Canada est automatiquement rajustée en fonction de l'évolution économique du pays. En 1966 et 1967, les seuls étaient de \$600 et de \$5,000. Ce maximum a été portée à \$5,100 en 1968 et à \$5,600 en 1973; en outre, une modification apportée au Régime a prévu un relèvement du plafond à \$6,600 en 1974 et à \$7,400 en 1975. En 1974, on appliquera la formule que propose une mesure législative selon laquelle on relèvera le plafond des gains admissibles à raison de $12\frac{1}{2}$ p. 100 par an jusqu'à ce que ce plafond atteigne la moyenne des gains selon l'Indice synthétique des salaires et gages dans le secteur industriel.

Administration

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social est responsable de l'administration du Régime de pensions du Canada par l'intermédiaire du bureau principal d'Ottawa et des bureaux locaux et régionaux situés dans différentes villes du Canada. Les cotisations sont perçues par le ministère du Revenu national.

Pension de retraite

La pension intégrale équivaut à 25 p. 100 de la moyenne des gains admissibles du cotisant. Les gains admissibles comprennent non seulement les gains sur lesquels on perçoit une cotisation, mais aussi la première tranche de \$700 qui constitue l'exemption. Aux fins du calcul de la pension d'un cotisant, on rajuste tous les ans ses gains afin d'assurer que le montant de la pension qui lui sera versée pour la première fois soit fondé sur le maximum des gains admissibles s'appliquant à la période visée et non sur le plafond établi au moment où il a touché ses gains. Ainsi donc, pour calculer la moyenne des gains, on se sert du nouvel équivalent des gains acquis précédemment. On fait ensuite la moyenne du total des gains rectifiés ouvrant droit à pension au titre du Régime par rapport à une période globale qui va de la dernière des deux dates suivantes, à savoir le 1^{er} janvier 1966, date d'entrée en vigueur du Régime, ou la date à laquelle le prestataire a atteint 18 ans, jusqu'au moment où les prestations sont versées pour la première fois. En aucun cas la moyenne des gains n'est établie sur une période inférieure à 120 mois, sauf si une pension d'invalidité a été versée au cotisant dans l'intervalle. Par conséquent, pendant les dix premières

fications apportées au Régime des rentes du Québec font passer le plafond actuel de \$5,900 à \$6,600 en 1974 et à \$7,400, en 1975).
A compter de 1974, le plafond de 2 p. 100 imposé à l'indexation des prestations disparaîtra et les prestations à verser au titre de la Loi seront automatiquement et entièrement indexées en fonction de l'indice des prix à la consommation.

Garantie

Le Régime de pensions du Canada offre une garantie à tous les employés gagnant plus de \$700 et à toutes les personnes qui travaillent à leur compte et qui, au cours de l'année civile, ont gagné \$900 ou plus, à condition toutefois que ces employés et travailleurs autonomes aient entre 18 et 70 ans. Les employés et les travailleurs autonomes dont les revenus au cours de l'année civile sont inférieurs aux montants précités ne sont pas assurés par le Régime pour l'année visée. Le régime exclut également les employés auxiliaires, les travailleurs familiaux et une partie de la main-d'oeuvre migrante.

Conditions d'admissibilité

Pour avoir droit à une pension de retraite, il ne faut cotiser qu'une seule fois; toutefois, la pension de retraite qui est versée en proportion d'une seule cotisation est évidemment minimale. Dans le cas d'une pension d'invalidité, l'invalidité du cotisant doit être telle qu'il ne peut occuper un emploi suffisamment rémunéré. Il doit aussi avoir cotisé pendant au moins cinq ans et ce, au cours de la plus brève des deux périodes suivantes, à savoir pendant le tiers au moins des années au cours desquelles il aurait pu cotiser au régime ou pendant dix ans. Le prestataire doit aussi avoir cotisé pendant une période d'au moins cinq ans au cours des dix dernières années pendant lesquelles il aurait pu cotiser au régime, et jusqu'au moment où il a été frappé d'invalidité. Cette disposition permet de s'assurer que le prestataire a bel et bien occupé un emploi pendant une période raisonnable juste avant d'être frappé d'invalidité. Pour que les survivants du prestataire puissent avoir droit aux prestations, ce dernier doit avoir cotisé pendant au moins trois ans et tout au long de la plus brève des deux périodes suivantes, à savoir un tiers des années pendant lesquelles il aurait pu cotiser ou dix ans.

Financement

Le Régime de pensions du Canada est financé par les cotisations des employés, des employeurs et des travailleurs autonomes, et par les intérêts des fonds qui constituent la Caisse de pensions. Aucune cotisation ne doit être versée pour la première tranche de \$700 des revenus annuels du cotisant. Au-delà de cette somme, et jusqu'à concurrence du maximum des gains admissibles, soit \$6,000, en 1974, l'employé cotise à raison de 1.8 p. 100 et son employeur verse une cotisation correspondante. Les travailleurs autonomes, qui sont à la fois employés et employeurs, cotisent à raison d'un

reporter à la partie consacrée aux prestations de survivants. Ces mesures de sécurité de revenu ont pour but d'assurer un revenu minimal à la retraite bien que l'on s'attende que chacun, de sa propre initiative, puisse par l'épargne et une saine planification se constituer un revenu de retraite. Si toutefois ces sources ne suffisent pas à satisfaire les besoins élémentaires d'une personne donnée, celle-ci peut toujours demander à la province des prestations supplémentaires d'assistance sociale.

Régime de pensions du Canada et Régime des rentes du Québec

Une pension de retraite est versée au moment de la retraite aux personnes qui ont cotisé au Régime de pensions du Canada ou au Régime des rentes du Québec.

La promulgation, en 1965, du Régime de pensions du Canada est venue greffer un nouvel élément important au système canadien de sécurité sociale. Ce régime avait pour but d'assurer aux travailleurs une pension de retraite proportionnelle à leurs gains. Il prévoit également le versement de prestations aux cotisants invalides et à leurs enfants à charge, ainsi qu'aux survivants d'un cotisant décédé. Au décès d'un cotisant, la veuve et les enfants survivants reçoivent une somme forfaitaire ainsi que des prestations mensuelles. Le régime est entré en vigueur en janvier 1966 et les premières pensions de retraite ont été versées en janvier 1967.

Le Régime de pensions du Canada ne s'applique pas aux provinces qui ont institué un régime comparable. Seule, la province de Québec est dans ce cas. Jusqu'à 1972, le Régime de pensions du Canada et le Régime des rentes du Québec fonctionnaient en étroite collaboration, comme s'il s'agissait d'un seul et même régime. En 1972 toutefois, le Québec modifia son régime de rentes en ce qui a trait par exemple au plafond des gains, au taux maximal d'indexation des pensions, à l'évaluation du revenu de retraite et aux prestations de veuves, aux veufs invalides, aux invalides en général, de même qu'aux prestations pour orphelins et enfants d'un cotisant invalide.

Un bill modifiant le Régime de pensions du Canada fut sanctionné le 12 décembre 1973 et entra en vigueur le 1^{er} janvier 1974. Il regroupait certaines propositions modificatrices qui avaient été recommandées et adoptées à la conférence fédérale-provinciale des ministres du bien-être social tenue en octobre. Ce bill relevait notamment le plafond des gains cotisables, prévoyait l'indexation intégrale des prestations et rétablissait le parallélisme entre le Régime de pensions du Canada et le Régime des rentes du Québec au niveau des taux de cotisation et du maximum des gains admissibles et ainsi qu'à celui de l'indexation des prestations actuelles et futures.

Cette mesure législative relève le plafond des gains cotisables qui passe de \$5,600 à \$6,000 en 1974 et à \$7,400 en 1975, modifiant parallèlement les taux de cotisation. En 1974, l'exemption annuelle de base passera automatiquement à \$700 pour les employés; les travailleurs autonomes devront avoir gagné \$900 et non plus \$800 avant de cotiser au régime. (Les modi-

des logements privés déclassés dans certains secteurs visés par des programmes d'aménagement et de rénovation communautaires. Outre le logement comme tel, la nouvelle Loi prévoit également d'autres activités dans le domaine plus vaste mais néanmoins connexe des affaires urbaines. Les provinces et les municipalités peuvent à présent bénéficier d'une aide fédérale pour la mise en oeuvre de programmes locaux d'aménagement et de rénovation communautaires et l'établissement de plans d'expansion urbaine visant à la création de nouveaux quartiers. Dans le premier cas, l'accent est davantage placé sur la protection, la conservation et la rénovation des collectivités urbaines actuellement menacées par une érosion constante, une réaffectation des terres et qui risquent, en fin de compte, de disparaître totalement en tant que quartiers résidentiels viables. Dans le deuxième cas, on facilite la mise au point de stratégies d'expansion urbaine au lieu de se limiter simplement à élargir le périmètre des agglomérations. Ce programme doit permettre un meilleur choix des sites d'expansion urbaine non seulement du point de vue de l'environnement urbain en tant que tel, mais aussi pour préserver les secteurs agricoles et récréatifs et protéger le milieu naturel.

En vertu du programme de construction de maisons à louer dans le Grand-Nord, qui relève des Affaires indiennes et du Nord canadien, les Esquimaux et les Indiens des Territoires du Nord-Ouest reçoivent des maisons de trois chambres à coucher pourvues de chauffage, d'électricité, du mobilier de base et desservies par les services municipaux disponibles. La répartition de ces maisons s'effectue en fonction des besoins et les loyers — au minimum de \$2 par mois — sont proportionnels aux revenus de chaque famille. A l'heure actuelle, plus de 2,000 familles occupent un logement de ce genre.

PERSONNES ÂGÉES

Les mesures de sécurité sociale à l'intention des personnes âgées comprennent les régimes de sécurité de revenu pour personnes âgées et les prestations d'assistance sociale, les services de bien-être social et le soutien du revenu accordés dans le cadre des régimes de pensions privées. Parmi les mesures de sécurité de revenu on compte la pension de sécurité de la vieillesse, le supplément de revenu garanti et les pensions de retraite au titre du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec. Toutes les personnes qui répondent aux conditions d'âge et de résidence ont droit à la pension de sécurité de la vieillesse; si en outre le revenu de ces prestataires est inférieur à un niveau déterminé, elles ont droit à un montant supplémentaire en vertu du programme de supplément de revenu garanti. Les cotisants au Régime de pensions du Canada et au Régime des rentes du Québec ont droit à une pension de retraite au titre de ces régimes et les survivants d'un pensionné décédé reçoivent des prestations de survivant (pour de plus amples détails à ce propos, veuillez vous

à une société à but non lucratif a été approuvé en 1964. À la fin de 1972, il y avait un nombre total de 18,021 logements individuels et des centres d'hébergement pouvant accueillir 35,527 personnes.

Sur le nombre total d'unités de logement créées depuis 1946 en vertu de cette disposition de la Loi (103,908 logements et 37,590 lits), plus de 61 p. 100 des logements et près de 80 p. 100 des lits en centres d'hébergement ont été fournis entre 1968 et 1972. La somme totale de tous les prêts directs consentis au cours de cette période dépasse 945 millions de dollars. L'aide à la construction de logements sociaux subventionnés est une

autre forme que revêt l'aide accordée dans le cadre de la LNH. Il peut s'agir d'un prêt direct consenti par la SCHL à un organisme provincial ou municipal ou encore d'un accord prévoyant le partage des frais à raison de 75 p. 100 et 25 p. 100 entre les autorités fédérales et provinciales en matière de logement. Le premier cas implique la négociation d'un prêt à long terme couvrant jusqu'à 90 p. 100 du coût du projet; à ce moment, l'accord peut également prévoir une disposition selon laquelle le gouvernement fédéral convient de prendre à sa charge ou de subventionner la moitié des pertes d'exploitation qui pourraient être subies. Dans le deuxième cas, les frais de construction et les pertes d'exploitation sont partagés par les parties au contrat à raison de 75 p. 100 par les autorités fédérales et de 25 p. 100 par la province. Toutefois, dans les deux cas, les logements sont loués en fonction des revenus et du nombre de membres de la famille de chaque locataire.

De 1950 jusqu'à la fin de 1972, l'association fédérale-provinciale a produit 28,384 logements sociaux et des centres d'hébergement pouvant accueillir plus de 200 personnes. Depuis 1946, date d'entrée en vigueur des premiers arrangements fédéraux en matière de prêts à la construction de logements sociaux, 92,242 logements et 994 lits en centres d'hébergement ont ainsi été offerts aux nécessiteux. Mais ici encore, la majeure partie des activités a eu lieu au cours des cinq dernières années, 77,000 logements sur 92,000 environ ayant ainsi été construits grâce à des prêts s'élevant approximativement à un milliard 12 millions de dollars. Pour 1972, l'ensemble des subventions fédérales versées dans le cadre des deux programmes peut être estimé à plus de 29 millions de dollars.

Le soutien financier important consenti par le gouvernement fédéral dans le domaine du logement social au cours des cinq dernières années s'est poursuivi en 1973. Les activités ont même été élargies grâce à de nouveaux programmes conçus tout particulièrement pour répondre aux besoins des citoyens à revenus faibles et moyens. La nouvelle Loi vise à rendre davantage accessibles des normes acceptables de logement à une catégorie de particuliers dans une fourchette élargie de revenus.

La Loi adoptée en juin 1973 prévoit des subventions directes pour les propriétaires à faibles revenus, un financement à 100 p. 100 et des subventions directes pour les coopératives et organisations à but non lucratif qui proposent des logements aux particuliers à faibles revenus ainsi qu'un système de prêts à fonds perdus et de subventions destinés à la rénovation

La Loi prévoit non seulement, pour les familles à faible revenu, les personnes âgées, les étudiants et les personnes physiquement ou mentalement handicapées, une aide financière leur permettant d'acquiescer un logement individuel autonome ou de se loger dans un centre d'hébergement, mais également une aide distincte pour la construction d'habitations ordinaires pour le marché du logement, pour le remembrement des terres, l'aménagement et les services publics et les projets de traitement des eaux d'égout. Il peut s'agir de nouvelles constructions ou de logements rénovés et transformés en vue d'une utilisation appropriée. Divers organismes publics et privés peuvent bénéficier de cette assistance. Les critères d'obtention des logements à loyer modique tiennent compte du revenu du locataire et du nombre de membres que compte sa famille. La préférence est toutefois donnée aux familles ou au particuliers qui ne peuvent trouver un logement satisfaisant à un prix raisonnable par rapport à leur revenu.

Au cours de 1969, le gouvernement fédéral a de plus en plus insisté sur le logement des personnes à faible revenu et sur la construction des installations récréatives essentielles dans le cadre du "logement social". En 1972, 85 p. 100 du budget fédéral consacré au logement ont été attribués au financement de cette activité.

Afin d'assurer un logement à ceux qui ne peuvent payer les loyers courants du marché et n'ont pas droit à un logement social, la SCHL consent des prêts directs à des entrepreneurs ou à des sociétés à but non lucratif pour la construction ou l'aménagement d'habitations à loyer modique. La SCHL prête aux entrepreneurs et aux sociétés provinciales à but non lucratif jusqu'à 95 p. 100 de la valeur du projet pour une période allant jusqu'à 50 ans, et ce à des taux d'intérêt privilégiés. Les prêts consentis à des sociétés à but non lucratif et à capitaux privés ou municipaux peuvent couvrir jusqu'à 100 p. 100 du coût de la construction et sont régis par les mêmes modalités que celles des prêts consentis aux entrepreneurs. Toute société à but non lucratif peut demander à la SCHL une contribution n'excédant pas 10 p. 100 du coût du projet. Les organisations à capitaux privés peuvent recevoir un fonds de "lancement" allant jusqu'à \$10,000.

Un entrepreneur est un promoteur privé qui s'engage à construire, à entretenir et à gérer un projet d'habitations à loyer modique. Une société à but non lucratif est une société qui ne verse, ne paie ou ne met à la disposition personnelle d'un de ses propriétaires, membres ou actionnaires aucune partie de ses revenus. Les loyers sont fixés par la SCHL de manière à ce qu'ils soient inférieurs aux loyers couramment demandés pour des logements semblables; cette condition est inhérente au prêt et elle est exigée quel que soit l'organisme qui se charge du projet. La SCHL fixe aussi l'importance des revenus des futurs locataires.

Entre 1946 et la fin de 1972, 85,959 logements individuels autonomes et 2,063 lits en centres d'hébergement ont été mis sur le marché grâce aux prêts consentis aux promoteurs du secteur privé. Le premier prêt consenti

tincte pour les allocations aux aveugles et aux invalides, soit d'inclure ces dernières dans leurs régimes globaux dont le coût est partagé en vertu du Régime d'assistance publique du Canada. En conséquence, plusieurs provinces n'acceptent plus les demandes présentées dans le cadre de ces régimes particuliers bien que ces derniers soient encore en vigueur et administrent les allocations versées aux groupes restants de bénéficiaires qui ne peuvent relever du régime global.

Aux termes de la Loi sur le Régime d'assistance publique du Canada, le seul critère d'admissibilité est l'indigence, quelle qu'en soit la cause et indépendamment de la situation professionnelle du requérant. L'indigence doit être déterminée par une évaluation des besoins ainsi que du revenu et des ressources. Les provinces ne peuvent exiger une période de résidence antérieure comme condition d'octroi ou de maintien de l'aide. Les taux et les modalités de l'assistance sont fixés par la province mais aucun montant maximal n'est déterminé. Le régime est donc suffisamment souple pour que les provinces puissent fixer les barèmes d'après les conditions locales et tenir compte des besoins de certains groupes spéciaux grâce à des prestations étagées et à des modalités d'admissibilité variables.

Chaque province peut conclure un accord distinct en vertu duquel le gouvernement fédéral prend à sa charge 50 p. 100 du coût des projets d'activité professionnelle qui préparent les personnes nécessaires à réintégrer le marché du travail. Un autre accord permet au gouvernement fédéral de payer plus de 50 p. 100 des services provinciaux de bien-être social à l'intention des Indiens habitant dans les réserves, sur les terres de la Couronne ou dans des territoires non organisés.

Au cours de l'année financière qui s'est terminée le 31 mars 1972, la contribution fédérale au Régime d'assistance publique du Canada s'est élevée à 456 millions de dollars, compte non tenu des versements effectués à la province de Québec. Cette dernière province ayant choisi la compensation prévue par la Loi sur les programmes établis (Arrangements provisoires), les sommes versées par le gouvernement fédéral en vertu de cette loi se sont élevées à 271.5 millions de dollars. La contribution fédérale aux frais du Régime d'assistance-chômage a atteint 1.6 million de dollars, ce qui comprend les \$400,000 versés à la province de Québec.

Programme de logements à loyer modique

Aux termes de la Loi nationale sur l'habitation (LNH), le gouvernement fédéral encourage la construction de nouvelles maisons, la réparation et la modernisation d'habitations et l'amélioration de la qualité du logement et l'habitation au Canada. Les mesures législatives fédérales visent essentiellement à assurer un logement approprié aux citoyens dont les revenus sont limités ou fixes.

La Loi est régie par la Société centrale d'hypothèques et de logement (SCHL), l'organisme fédéral en matière de logement créé en 1945. La société est responsable devant le Parlement en la personne du ministre d'Etat

la résidence du requérant qui détermine quelle localité a la responsabilité financière de l'assistance, les pouvoirs provinciaux se chargeant cependant des personnes qui ne résident pas dans les limites d'une localité. Outre les allocations destinées à couvrir les besoins essentiels comme la nourriture, les vêtements, le logement, le chauffage et les services publics, toutes les provinces assurent des services de bien-être social et pourvoient à des besoins particuliers. Il peut s'agir, par exemple, de services de réadaptation, du remboursement des frais de scolarité, de l'obtention d'emplois, de services d'orientation et des services d'auxiliaires familiales; certains soins sont également prévus à ce titre (Voir page 24). Cette assistance peut également se traduire par des soins prodigués dans un établissement agréé. L'administration des établissements de soins ou de santé pour les personnes âgées, les infirmes et les enfants relèvent des pouvoirs provinciaux ou municipaux ou encore d'organismes bénévoles.

Régime d'assistance publique du Canada

Le Régime d'assistance publique du Canada fournit une structure administrative unique pour le partage fédéral avec les provinces des frais de l'aide et de certains services de santé et de bien-être accordés aux personnes nécessitées. Ce régime est venu remplacer la Loi sur l'assistance-chômage dans tous les secteurs de compétence à l'exception des Territoires du Nord-Ouest et de deux provinces où cette dernière est toutefois en passe d'être abandonnée. Toutefois, cette loi reste en vigueur dans ces divisions, au cours de cette période de transition. Elle couvre le partage des frais de quelques programmes résiduels basés sur l'évaluation des ressources, programmes dont les frais d'administration ne peuvent être partagés au titre du Régime d'assistance publique du Canada.

Le Régime d'assistance publique du Canada autorise le gouvernement fédéral à contribuer à raison de 50 p. 100 aux frais d'assistance aux personnes nécessitées et à l'amélioration ou à l'élargissement des services de bien-être social. Il couvre les frais qui, auparavant, étaient partagés en vertu de la Loi sur l'assistance-chômage, à savoir les paiements versés aux indigents aptes ou non à travailler, les frais de l'entretien des indigents dans les foyers de soins spéciaux comme les maisons de repos ou les foyers de vieillards, ainsi que les frais de l'assistance supplémentaire accordée aux personnes nécessitées qui reçoivent la pension de la sécurité de vieillesse, les allocations aux aveugles, les allocations aux invalides ainsi que les prestations d'assurance-chômage. Le régime prévoit aussi le partage fédéral des frais suivants: l'assistance aux mères nécessitées avec enfants à charge, l'entretien des enfants confiés aux soins d'organismes de bien-être de l'enfance autorisés par la province, les services de santé aux personnes nécessitées et l'expansion des services de bien-être social pour prévenir et supprimer les causes de la pauvreté et aider les assistés sociaux à arriver au plus haut degré possible d'indépendance économique.

Les provinces ont le loisir, soit de conserver une administration dis-

Accessibilité de la sécurité sociale à certains groupes déterminés

PERSONNES NÉCESSITEUSES

Ce sont principalement les régimes provinciaux d'assistance sociale qui viennent en aide aux personnes nécessiteuses. Le coût de ces régimes est partagé, avec le gouvernement fédéral, en vertu du Régime d'assistance publique du Canada. Le gouvernement fédéral partage aussi le coût de l'assistance aux personnes nécessiteuses prévue dans le cadre de la Loi sur les aveugles et de la Loi sur les invalides dont l'administration est du ressort des provinces. Les anciens combattants ainsi que les Indiens et les Esquimaux nécessitent une assistance spéciale en vertu de divers régimes particuliers d'assistance sociale du gouvernement fédéral qui sont conçus en fonction de ces groupes et analysés séparément (Voir page 76 et 83) dans certaines régions, les personnes dont les revenus sont inférieurs à un niveau déterminé peuvent être logées dans des logements sociaux.

Régimes provinciaux d'assistance sociale

Toutes les provinces prennent des mesures législatives prévoyant une assistance générale pour les personnes nécessiteuses et leurs ayants droit, y compris les mères de familles avec enfants à charge, et les personnes qui reçoivent, en vertu d'autres régimes de sécurité sociale, des prestations insuffisantes pour subvenir à leurs besoins. Certaines provinces appliquent des régimes pour les aveugles et les invalides et viennent en aide à tous les nécessiteux dans le cadre d'un régime général qui ne prévoit qu'un seul critère d'admissibilité: l'état de besoin, quelle que soit sa cause. D'autres provinces aident certaines catégories de personnes à besoins prolongés: les mères de familles avec enfants à charge, les invalides et les personnes âgées. Deux provinces appliquent aussi un régime d'assistance pour les veuves de 60 ans ou plus. Ce sont les pouvoirs locaux qui sont chargés de venir en aide aux personnes temporairement dans le besoin.

Les ministères provinciaux de bien-être social établissent des normes d'assistance et des critères d'admissibilité. Ils possèdent des pouvoirs de réglementation et de surveillance sur l'administration municipale de l'assistance générale et exigent l'application de certaines normes en vue d'une aide provinciale. Dans aucune province la durée de résidence ne constitue un critère d'admissibilité. Dans quatre provinces toutefois, c'est

adhérant volontairement à un régime ou en souscrivant à leurs frais à une police privée. Toute compagnie d'assurance a le loisir de vendre des polices d'assurance couvrant les médicaments, les soins dentaires, les services d'ambulance, les soins infirmiers spécialisés, les soins para-médicaux, les appareils de prothèse, l'hospitalisation à des conditions particulières et (ou) l'hospitalisation prolongée. Toutefois, la plupart des assureurs privés hésitent manifestement à assurer des individus isolés ne faisant pas partie d'un groupe d'assurés et la plupart des prestations susmentionnées ont été rassemblées dans le cadre des polices d'assurance médicale "gros risques".

Les autres résidents peuvent obtenir une assurance supplémentaire en

RÉGIMES D'ASSURANCE-MALADIE PRIVÉS

Bien que la majeure partie des frais médicaux essentiels soit assurée par les régimes ci-dessus, il est toutefois nécessaire de prévoir dans certains cas des prestations supplémentaires qui viennent s'ajouter aux prestations déjà prévues. Pour les citoyens nécessaires, le gouvernement fédéral peut ainsi financer, par le truchement du Régime d'assistance publique du Canada, la moitié du coût des autres services de santé comme les services dentaires ou les médicaments et les lunettes prescrits par ordonnance qui sont assurés par les régimes provinciaux d'assistance sociale. Parallèlement, ces mêmes régimes provinciaux peuvent venir en aide aux nécessaires en leur permettant l'accès aux maisons de repos et aux maisons de soins. Toutefois, cette assistance n'est accordée qu'en fonction d'une évaluation des besoins. Chaque province régit comme elle l'entend ses propres programmes d'assistance sociale et ses régimes supplémentaires d'assurance-santé et il n'existe donc dans ce domaine aucune uniformité.

RÉGIME D'ASSISTANCE PUBLIQUE DU CANADA

En 1966-67, une Caisse supplémentaire d'assurance-hospitalisation a été créée pour payer les frais d'assurance relatifs à des services assurables reçus par les résidents canadiens qui, pour des raisons indépendantes de leur volonté, n'étaient plus admissibles ou n'avaient plus droit aux services assurés en vertu des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation. Avec l'apparition du Régime d'assurance médicale, il devint nécessaire d'assurer les services médicaux de manière semblable et, le 1^{er} juillet 1972, une nouvelle Caisse supplémentaire d'assurance-santé venait remplacer la Caisse supplémentaire d'assurance-hospitalisation. Cette nouvelle caisse assure aux résidents canadiens qui, pour des raisons indépendantes de leur volonté, n'ont pas pu s'assurer ou ont cessé d'être assurés, le paiement des services médicaux — assurance-hospitalisation et assurance médicale — pour lesquels le partage des frais est prévu par la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et par la Loi sur les soins médicaux.

CAISSE SUPPLÉMENTAIRE D'ASSURANCE-SANTÉ

Le paiement des services assurés est en général effectué selon un pourcentage du tableau provincial des honoraires. La plupart des praticiens préfèrent ce mode de paiement global, quoique réduit, car il élimine virtuellement les comptes en souffrance. par le régime dans le cas des malades dont ils connaissent les difficultés ne réclament toutefois pas d'honoraires supérieurs aux prestations prévues comptent même aucun. En pratique, bon nombre de médecins indépendants que moins de 10 p. 100 de tous les praticiens; certaines provinces n'en ment répandu parmi les médecins de la plupart des provinces et il ne vise

violé pas le principe de l'universalité en empêchant les groupes à faibles revenus de bénéficier de certains services. Depuis l'entrée en vigueur de la Loi, seule la Saskatchewan a ainsi perçu de tels droits de dissuasion, mais elle a toutefois abandonné cette pratique en 1971.

Comme c'est le cas pour l'assurance-hospitalisation, plusieurs méthodes de financement du régime sont utilisées à l'échelon provincial. L'Ontario et l'Alberta perçoivent des primes combinées d'assurance médicale et d'assurance-hospitalisation, lesquelles sont toutefois abolies pour les plus de 65 ans. Les régimes de la Colombie-Britannique et du Yukon sont partiellement financés par des primes, le solde étant prélevé sur les recettes générales. Le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve et les Territoires du Nord-Ouest ne perçoivent aucune prime d'assurance médicale et financent leur régime par les recettes générales. Le Québec finance sa régie en prélevant un supplément spécial d'impôt sur le revenu et exige des employeurs une contribution égale.

Garantie

La garantie de l'assurance médicale s'applique à l'ensemble de la population de toutes les provinces et territoires. Les seules exceptions sont les cas ou des avantages semblables sont prévus par la législation fédérale ou provinciale sur les accidents du travail ou par les programmes destinés aux forces armées, aux membres de la Gendarmerie royale du Canada, aux anciens combattants pensionnés et aux détenus des pénitenciers fédéraux. En Ontario, l'assurance prévue par un régime combiné est obligatoire pour les groupes de 15 employés ou plus et facultative pour les autres. En Colombie-Britannique, le régime est totalement facultatif. Au Yukon, il y a dissociation entre le paiement des primes et le droit aux prestations et en Alberta, les résidents peuvent, chaque année, renoncer à l'assurance combinée que leur offrent les régimes de la province.

Dans les provinces qui ne perçoivent pas de primes, tous les habitants sont assurés. Comme c'est le cas pour l'assurance-hospitalisation, le malade peut choisir le médecin par lequel il désire être soigné. De nombreux régimes provinciaux d'assurance médicale prévoient également des prestations supplémentaires que dépassent le cadre du programme national, les services d'optométrie par exemple.

Dans toutes les provinces, certaines dispositions permettent aux médecins de "se retirer" du régime d'assurance médicale et de présenter leur note directement aux malades au lieu de la transmettre à l'administration publique responsable. Ces médecins indépendants sont généralement tenus d'informer leurs clients de leur intention avant de leur présenter leur note et, en règle générale, ils réclament un montant supérieur aux prestations assurées par le régime provincial pour les services fournis. En conséquence, leurs malades ne sont d'ordinaire pas totalement remboursés lorsqu'ils réclament le paiement de leur note à l'organisme qui gère le régime provincial d'assurance médicale. Ce phénomène de "retrait" n'est pas particulièrement

Lorsqu'une province satisfait à tous les critères ci-dessus, le gouvernement fédéral contribue au fonctionnement du régime à raison d'un montant annuel équivalent à la moitié du coût national, par habitant, des services assurés, multiplié par le nombre moyen d'assurés que compte la province. La Loi fédérale n'interdit pas expressément l'assurance mixte ou la perception de frais des dissuasion, pour autant que l'ampleur de ces mesures ne

Méthodes de financement

- Régime fédéral d'assurance médicale — Régimes provinciaux financiers auprès du gouvernement provincial (Voir l'Annexe — relever d'un organisme public responsable de ses transactions
- 4) L'administration du régime doit être faite à titre non lucratif et d'une province participante à une autre.
- 3) Les prestations doivent être transférables lorsque l'assuré est temporairement absent, où que ce soit dans le monde, ainsi que lorsqu'il change d'emploi, prend sa retraite ou change son lieu de résidence
- 2) L'assurance doit être accessible à tous les résidents admissibles aux mêmes conditions et couvrir au moins 95 p. 100 de la population. Toute discrimination en matière de primes fondée sur l'état de santé antérieur, l'âge, la non-appartenance à un groupe déterminé ou la race est interdite. Les primes peuvent toutefois être totalement ou partiellement subventionnées pour les groupes à faible revenu ou les personnes âgées si tous les résidents admissibles sont traités de la même manière.
- 1) Le régime doit fournir une assurance tous risques couvrant, au minimum, tous les services nécessaires dispensés par les médecins sans admettre aucune franchise ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical ou qu'ils soient assurés par une autre mesure législative. La garantie doit être telle que, sur le plan financier, l'assuré puisse, sans obstacle ni exclusion, recevoir les soins médicaux nécessaires. Certaines dispositions permettent d'ajouter aux prestations divers services spécialisés lorsque le gouvernement fédéral le juge souhaitable; en outre, le régime prévoit également, dès le départ, certains actes effectués par les chirurgiens dentistes dans les hôpitaux.
- quatre principes suivants appelés les "Quatre points":

En vertu de la Loi sur les soins médicaux, une province ne peut bénéficier de la participation financière fédérale que si son régime respecte les

programmes de subventions qui aident les provinces à assurer financièrement, pour tous les résidents canadiens, les soins médicaux nécessaires: les services sont payés par anticipation et le système n'a aucun but lucratif. Le programme couvre toutes les prestations médicalement justifiées fournies par les médecins ainsi que certaines interventions de chirurgie dentaire pratiquées par les chirurgiens dentistes en milieu hospitalier.

Le gouvernement fédéral paye environ 50 p. 100 du coût des services assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes. Les accords avec les provinces excluent la plupart des dépenses d'investissement, mais ils peuvent toutefois comprendre le partage du coût du matériel mobile et de la plupart des équipements fixes expressément demandés par les hôpitaux. Les provinces financent leur participation de diverses manières, et notamment par les recettes générales, la perception de certaines primes et la taxe de vente. Dans quelques-unes des provinces, un paiement minimum peut être réclamé au malade au moment de l'hospitalisation.

L'Alberta et l'Ontario imposent toutes deux des primes d'assurance-hospitalisation et d'assurance médicale combinées. Elles sont toutefois abolies, dans le calcul de la prime familiale unitaire, pour les plus de 65 ans et les personnes à leur charge. L'Alberta complète le montant des primes d'assurance-hospitalisation en percevant un droit d'inscription modique le premier jour d'hospitalisation dans un hôpital général ou un hôpital fédéral et des frais de service minimaux pour chaque journée d'hospitalisation au-delà du 120^e jour dans un hôpital auxiliaire.

Les régimes d'assurance-hospitalisation de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Québec, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard, de Terre-Neuve, du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest sont essentiellement financés par les recettes générales de la province ou du territoire. Toutefois, la Colombie-Britannique et les Territoires du Nord-Ouest ajoutent à cette source de revenu, la perception des frais de service modiques, et la Nouvelle-Écosse utilise à cette fin une partie de la taxe de vente qu'elle perçoit.

Garantie

L'assurance est automatique ou obligatoire dans la plupart des provinces, mais la participation au régime ontarien est facultative, sauf dans le cas des groupes d'employés de 15 personnes, ou plus, résidentes de l'Ontario. Quant aux résidents de l'Alberta, ils peuvent se retirer du régime provincial d'assurance-hospitalisation et d'assurance médicale. La garantie s'applique à tous les résidents d'une province selon des modalités et des conditions égales pour tous; elle ne peut être refusée à quiconque pour des raisons de nationalité, d'âge, de revenus ou pour tout autre motif préalable. La garantie de l'assurance-hospitalisation est transférable partout dans le monde pendant des périodes d'absence temporaire, sous réserve toutefois des règlements provinciaux qui régissent les prestations maximales assurables en dehors du Canada. Chacun peut choisir l'hôpital dans lequel il désire être soigné et la durée d'application des services assurables n'est limitée que par des motifs purement médicaux.

LE PROGRAMME D'ASSURANCE MÉDICALE

Le Programme fédéral d'assurance médicale est essentiellement un

Un autre principe fondamental qui a influencé l'évolution de la législation canadienne sur l'assurance-hospitalisation a été la volonté de conserver, autant que possible, les traditions existantes. C'est pourquoi le Canada a maintenu le schéma d'ensemble des soins et de la propriété en matière d'hôpitaux qui existait avant 1957, sans toucher donc à l'autonomie provinciale dans le domaine des soins et des services de santé. Par conséquent, même à l'heure actuelle, 90 p. 100 des hôpitaux canadiens — comptant 94 p. 100 des lits — sont encore la propriété d'organismes bénévoles qui en assurent l'administration. La politique d'autonomie provinciale a ainsi permis à chaque province de décider comment elle allait gérer et financer sa part du programme tout en assurant des prestations uniformes dans tout le pays.

Gamme des services assurés

Puisque les soins et les services de santé sont avant tout du ressort provincial, le rôle du gouvernement fédéral découle d'une série d'accords conclus avec chacune des provinces dans le but de partager le coût du système en deux parties approximativement égales. Ces accords prévoient que les provinces doivent respecter certains critères minimaux, conformément à la loi fédérale. Les services assurés pour les malades hospitalisés doivent obligatoirement comprendre:

- l'hébergement et les repas des malades en salle ordinaire ou commune;
- les soins infirmiers nécessaires;
- les méthodes de laboratoire, les procédés radiologiques et autres formes de diagnostic;
- les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes, ainsi qu'il est prévu dans un accord, lorsque ces médicaments sont dispensés à l'hôpital;
- l'utilisation des salles d'opération et d'accouchement, ainsi que des installations d'anesthésie, y compris l'appareillage et les fournitures nécessaires;
- les fournitures de chirurgie ordinaires;
- l'utilisation des installations de radiothérapie, s'il en est;
- l'utilisation des installations de physiothérapie, s'il en est;
- les autres services prévus aux termes d'un accord.

Toute une gamme de services diversifiés à l'intention des malades externes peuvent être inclus, à la discrétion des provinces, mais ces services varient d'une province à l'autre.

Les provinces ont le loisir d'ajouter à leur régime des services supplémentaires sans pour autant modifier les accords fédéraux-provinciaux. Certains régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation prévoient donc des services supplémentaires comme les soins infirmiers prolongés à domicile et les soins à domicile en général. (Voir à l'Annexe la description sommaire des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation).

rance-maladie mais que les régimes provinciaux d'assistance sociale assurent aux résidents provinciaux nécessaires.

Ce sont les provinces qui doivent assurer les services de santé tant publics qu'individuels. Dans certains cas, ce secteur d'activité provinciale est complète ou étendu par divers programmes fédéraux comme par exemple les Services d'hygiène pour les Indiens et les Esquimaux, les Subventions nationales à l'hygiène, la Caisse d'aide à la santé, les Services de quarantaine, les Services de la Loi et de la réglementation des aliments et drogues et les Services médicaux d'immigration.

LE PROGRAMME D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SERVICES DIAGNOSTIQUES

En vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, adoptée en 1957, le gouvernement fédéral partage avec les provinces le coût de certains services hospitaliers déterminés offerts aux assurés.

A l'heure actuelle, l'assurance-hospitalisation couvre plus de 99 p. 100 des 22 millions de Canadiens. En 1970, 1,284 hôpitaux représentant un total de plus de 148,000 lits étaient visés par les accords conclus avec les provinces. Les hôpitaux qui bénéficient des remboursements peuvent être des hôpitaux généraux, hôpitaux pour les maladies chroniques ou maisons de convalescence, mais les hôpitaux pour maladies mentales, les sanatoriums pour tuberculeux, les maisons de repos et les autres établissements, qui sont principalement des maisons de soins, en sont expressément exclus. Le grand principe qui sous-tend le programme d'assurance-hospitalisation est celui de l'établissement permanent de services et d'installations destinés à améliorer les soins, et donc la santé, pour l'ensemble de la population. Le Programme canadien d'assurance-hospitalisation et de services diagnostiques a été conçu pour répondre à deux exigences : les soins hospitaliers et les services diagnostiques. Au lieu de prévoir une assistance fiscale postérieure à la maladie et à l'hospitalisation, le programme propose l'assurance indispensable moyennant paiement d'avance. L'une des différences fondamentales entre un programme d'indemnisation ultérieure et notre formule axée sur les prestations des services réside dans l'intérêt et le souci que cette dernière accorde à la qualité des soins, à l'utilisation efficace des lits et à la disponibilité des ressources.

Bien que tous les résidents canadiens puissent bénéficier des prestations d'assurance-hospitalisation, la Loi fédérale prévoit toutefois une exception pour les personnes admissibles à des prestations semblables en vertu d'autres lois fédérales ou provinciales. Par exemple, les services assurés aux travailleurs dans le cadre des mesures législatives sur les accidents du travail ou aux anciens combattants dans le cadre de la Loi sur les pensions sont exclus du système de partage des frais établi par la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques.

Le Canada n'a pas de régime national d'assurance-maladie comme tel, mais plutôt des programmes nationaux de santé publique qui atteignent leurs objectifs par le truchement d'une série de régimes provinciaux solidaires. Lorsque ces régimes respectent les critères minimaux de la législation fédérale — par exemple la gamme des services assurés, le caractère universel de l'assurance, la transférabilité des prestations et la gestion publique — ils permettent aux provinces de bénéficier de l'appui du gouvernement fédéral. Lorsqu'il s'est agi de créer un programme national de santé publique, le Canada a choisi de mettre progressivement sur pied au moyen des finances publiques les éléments principaux d'un régime de santé publique qui soient virtuellement à la disposition de l'ensemble de la population. Une telle formule ne peut être réalisée qu'avec la coopération des provinces puisqu'en vertu de la constitution, les questions de santé sont essentiellement une prérogative provinciale.

Les programmes sont conçus de manière que tous les résidents du Canada puissent bénéficier de soins médicaux et hospitaliers payés par anticipation. Le Programme d'assurance-hospitalisation et de services diagnostiques qui a vu le jour en 1958 prévoit les soins obligatoires pour les malades hospitalisés — y compris les médicaments nécessaires, les analyses diagnostiques, etc. — ainsi que certains services de consultation facultatifs, qui varient légèrement d'une province à l'autre. Pour l'instant, toutes les provinces et les deux territoires participent au programme et 99 p. 100 des vingt-deux millions de Canadiens sont protégés en vertu de ce programme. Le Programme d'assurance médicale dont la création remonte à 1968 vient compléter le Programme d'assurance-hospitalisation et de services diagnostiques. Ici, encore, toutes les provinces et les territoires participent. On estime à 99 p. 100 le nombre des Canadiens qui sont assurés en vertu de ce programme d'assurance médicale, lequel suit la voie qui avait été tracée au Canada par les régimes d'assurance privés, parrainés par des médecins, à la différence que le "groupe des assurés", dans chaque province, est constitué par l'ensemble de la population de celle-ci. Ce programme n'est pas ni un programme d'État, ni une médecine sociale étatisée, mais bien une assurance médicale payée d'avance et patronnée par l'État. La même remarque s'applique d'ailleurs au programme d'assurance-hospitalisation.

En vertu du Régime d'assistance publique du Canada, le gouvernement fédéral prend aussi à sa charge la moitié du coût de certains services de santé individuels qui ne sont pas financés par les régimes nationaux d'assu-

Régime de pensions du Canada qui englobe certaines recommandations adoptées à la Conférence fédérale-provinciale des ministres du bien-être social, tenue en octobre 1973. Cette loi, notamment, augmente le plafond des gains ouvrant droit à pension, prévoit l'indexation annuelle complète des prestations et rétablit le parallélisme entre le Régime de pensions du Canada et la Régie des rentes du Québec pour ce qui est des cotisations et des plafonds de revenu, sans oublier l'indexation des prestations tant actuelles que futures.

Cette stratégie comporte cinq propositions à savoir :

- augmentation des allocations familiales, devenant impossibles, jusqu'à une moyenne de \$20 par mois;
- supplément de revenu pour les pauvres qui travaillent;
- supplément de revenu jusqu'à un niveau de revenu garanti pour ceux qui ne sont pas censés travailler — les personnes âgées, les invalides, les familles monoparentales auto-dépendantes avec enfants à charge;
- possibilité d'accepter un système de supplément de revenu en remplacement du système SV/SRG;
- assistance sociale en cas d'urgence.

La quatrième stratégie est celle des services sociaux et des services d'emploi qui précise que les stratégies d'emploi et de supplément de revenu soient viables. À cette fin, deux propositions sont formulées :

- création de services personnels — services de formation, d'orientation, de placement et de réadaptation;
- création de services institutionnels, par exemple maisons de repos et garderies.

La cinquième stratégie est une stratégie fédérale-provinciale destinée à répondre au désir éventuel d'une certaine souplesse au niveau des programmes, souplesse qui permettrait aux provinces de modifier les niveaux de prestations des programmes sociaux du gouvernement fédéral, à répondre à la nécessité d'éviter les disparités de revenu extrêmes dans tout le pays et à l'établissement d'un calendrier de révision des questions de sécurité sociale. Trois propositions sont énoncées dans l'optique de cette stratégie :

- les niveaux de revenu choisis par les provinces doivent respecter les normes minimales établies par le Parlement du Canada dans l'optique des programmes régis et financés par le gouvernement fédéral;
- les normes ou minima nationaux seront établis par le Parlement afin de promouvoir l'unité nationale en évitant les disparités de revenu extrêmes et de définir la contribution globale que le Parlement est disposé à verser dans le cadre des programmes;
- l'entrée en vigueur devrait être graduelle — un maximum de deux ans pour la révision et de trois à cinq ans pour la mise en application, et ce à partir de 1973.

Le 1^{er} janvier 1974, une nouvelle Loi sur les allocations familiales est entrée en vigueur. Elle visait à prévoir le versement d'allocations familiales, à l'égard des enfants, afin d'accroître le revenu des familles canadiennes ainsi que d'allocations spéciales afin de pourvoir au soin et à l'entretien d'autres enfants. Le nouveau régime fait partie de la stratégie du supplément du revenu qui, a-t-on convenu, constituait la base indispensable à la révision fédérale-provinciale de la politique de sécurité sociale.

Le 1^{er} janvier 1974 a aussi vu l'entrée en vigueur d'une loi modifiant le

ment des prestations supplémentaires ainsi qu'à celui des frais qui dépassent les prestations de base, frais qui se manifestent lorsque le taux national de chômage dépasse 4 p. 100. La mesure législative prévoit pour 1974 la possibilité d'une formule d'évaluation basée sur l'expérience qui s'appliquerait aux gros employeurs. Enfin, la Commission d'assurance-chômage va mettre en oeuvre un programme pour aider les requérants à trouver du travail.

Les derniers progrès enregistrés dans le domaine de la sécurité sociale se sont concrétisés par la publication, en avril 1973, du "Document de travail sur la sécurité sociale au Canada". Il précise les directives applicables à l'étude globale du système canadien de sécurité sociale qui sera effectuée conjointement par les gouvernements fédéral et provinciaux. Ce document a été précédé, en janvier, par l'annonce, dans le discours du Trône, des cinq principes directeurs d'une révision de la sécurité sociale, à savoir :

- un revenu garanti équitable pour les personnes qui ne peuvent travailler;
- l'incorporation dans le système de sécurité sociale d'une série d'incitations au travail;
- un rapport juste et équitable entre salaires minimaux, niveaux de revenu garanti pour ceux qui ne peuvent travailler et allocations versées aux chômeurs;
- suffisamment de souplesse pour que les provinces puissent adapter les programmes aux besoins locaux;
- une révision du système de sécurité sociale qui devra être entreprise par les gouvernements fédéral et provinciaux.

Le document de travail définit, au titre de la contribution fédéral à cette révision, un cadre de cinq stratégies et de quatorze propositions intégrées dans ces stratégies.

La première de ces stratégies est la stratégie de l'emploi. Elle souligne la nécessité de fournir des emplois de manière à ce que les intéressés tirent leur revenu d'un emploi plutôt que de l'assistance sociale. Elle reconnaît que la principale responsabilité d'offrir des emplois relève de la politique économique, mais le soutien de la politique économique sous-entend trois propositions, à savoir :

- éliminer les incitations négatives à la formation ou à l'emploi;
- prévoir des services de placement, d'orientation et de formation améliorés;
- créer un programme d'activités communautaires.

La deuxième stratégie est celle de l'assurance sociale appuyée par une proposition selon laquelle les régimes d'assurance sociale comme l'assurance-chômage et le Régime de pensions du Canada doivent constituer la première ligne de défense contre les pertes de revenu imprévues et la fondation sur laquelle il faut baser le revenu à la retraite.

La troisième stratégie est celle du supplément de revenu qui sous-tend le soutien du revenu pour ceux dont les gains provenant d'un emploi ou de prestations de l'aide sociale sont insuffisants.

Le Livre blanc proposait une révision des politiques de sécurité de revenu qui permettrait une reformulation des priorités et du cadre d'application et l'obtention de la gamme de programmes qui seraient le mieux en mesure de répondre aux besoins fondamentaux en matière de sécurité de revenu.

Le Livre blanc proposait le remplacement des allocations familiales par un régime de sécurité de revenu familial, une augmentation du taux des prestations au titre du supplément de revenu garanti, d'autres modifications du régime de pensions de sécurité de la vieillesse et plusieurs changements pour le Régime de pensions du Canada; il recommandait aux autorités provinciales et fédérales d'étudier le régime d'assistance publique du Canada de manière à pouvoir améliorer les régimes d'assistance sociale. Le Livre blanc évoquait également un Livre blanc sur l'assurance-chômage publié en 1970 et qui proposait d'apporter des modifications radicales au régime d'assurance-chômage.

En décembre 1970, une loi stabilisait à \$80 par mois la pension de sécurité de vieillesse à partir de janvier 1971 et augmentait en avril de la même année le supplément de revenu garanti. Dans le cadre de ce dernier, les prestations maximales passaient de \$31.83 à \$55 par mois pour un pensionné seul et à \$47.50 par mois et par personne pour deux conjoints pensionnés. En mai 1972, la pension de base de sécurité de la vieillesse passait à \$82.88 et le supplément de revenu garanti était porté à \$67.12 et à \$59.62.

Le 1^{er} avril 1973, les modifications suivantes entraient en vigueur: le taux de base de la pension de sécurité de vieillesse passait à \$100 par mois et le plafond de 2 p. 100 imposé à l'indice d'augmentation annuelle disparaissait de sorte que la pension de base et les prestations maximales du SRG puissent augmenter parallèlement à l'augmentation de l'indice des prix à la consommation. Cette dernière disposition fut modifiée par la suite de manière que la SV et le SRG puissent augmenter trimestriellement. Ce qui signifie qu'au 1^{er} janvier 1974, le revenu mensuel minimal garanti pour une personne de plus de 65 ans qui touche la pension de \$108 et le supplément, s'élève à \$179 pour une personne seule et à \$341 pour un couple de pensionnés mariés.

La Loi de 1971, sur l'assurance-chômage a apporté des changements importants à ce régime. L'assurance est devenue universelle pour les salariés, à l'exception de ceux dont l'emploi est négligeable, c'est-à-dire ceux qui ne touchent qu'un salaire minime. Des prestations d'assurance-maladie et d'assurance-salaire ont vu le jour, les prestations d'assurance-chômage ont été considérablement relevées et des prestations spéciales payables à la retraite ont été créées.

Les employeurs et les employés cotisent à la caisse des prestations initiales et contribuent au payement des frais d'administration, le montant payé par l'employeur étant égal à celui que paie l'employé, multiplié par le facteur 1.96. La participation du gouvernement fédéral se limite au paye-

non pas selon l'évaluation du revenu et des biens.

Au cours des années trente, le gouvernement fédéral a versé aux provinces des subventions pour les aider à acquitter le coût du chômage. Au cours des années cinquante, avec l'apparition de certaines zones de chômage, il devint nécessaire d'assurer une protection plus importante que celle fournie par le régime fédéral d'assurance-chômage. Deux palliatifs ont été utilisés : tout d'abord, le régime d'assurance-chômage a été élargi de manière à s'appliquer aux personnes ayant épuisé leurs prestations en raison du chômage saisonnier, ainsi qu'à certains nouveaux groupes d'employés. En outre, l'année 1956 a vu l'introduction d'un régime fédéral d'assurance-chômage en vertu duquel le gouvernement fédéral partageait la moitié du coût des versements provinciaux d'assistance à certains chômeurs. L'année suivante, cette Loi a été modifiée de manière à comprendre également les chômeurs inaptes au travail qui, auparavant, étaient exclus du régime. En conséquence, le régime d'assurance-chômage devint une véritable mesure générale d'assistance.

L'événement le plus important, dans le domaine de l'assistance publique au Canada, s'est peut-être produit en 1966 avec l'adoption du régime d'assistance publique du Canada destiné à remplacer la Loi sur l'assistance-chômage. En vertu de ce programme, le gouvernement fédéral fournissait les moyens d'intégration, d'élargissement et d'amélioration des programmes d'assistance provinciaux et municipaux et encourageait l'extension et le développement des services de bien-être social. Alors qu'il existait auparavant quatre régimes fédéraux-provinciaux — pour les personnes âgées, les aveugles, les invalides et les chômeurs — les provinces pouvaient dès lors, dans le cadre du régime d'assistance publique du Canada, combiner ces régimes en un seul. Pour la première fois, le gouvernement fédéral partageait les frais des régimes provinciaux d'allocations aux mères nécessiteuses et à leurs enfants à charge. En vertu de ce régime, le gouvernement fédéral finance 50 p. 100 des dépenses municipales et provinciales consacrées aux prestations d'assistance, aux services de bien-être et à certains services de santé.

En 1970, le gouvernement du Canada a entrepris une étude approfondie de notre politique sociale. Les résultats de cette étude se sont concrétisés dans le Livre blanc intitulé "La sécurité de revenu au Canada" qui précisait notamment : "Il faut maintenant mettre l'accent sur les mesures de lutte contre la pauvreté. Et il faut le faire d'une façon qui permette la plus grande concentration possible des ressources disponibles au profit de ceux qui ont les revenus les plus faibles. Dans tous les cas possibles il faudrait remplacer les prestations universelles, qui ne tiennent aucun compte du revenu réel de l'assisté, par des prestations sélectives qui, elles, seraient fonction du revenu. De plus, les programmes d'assurance sociale devraient être étendus aux domaines où l'on peut prévenir ou diminuer la pauvreté. Le résultat devrait être une base de revenu plus stable pour les familles à faible revenu".

plus ambitieuses jamais entreprises au Canada dans le domaine de la sécurité sociale. En vertu de ce régime, au 1^{er} avril 1974 une pension de \$110 par mois est versée à toute durée minimale de résidence. La pension de sécurité n'est assujettie qu'à une durée minimale de résidence. La pension de sécurité de vieillesse est rajustée tous les trois mois pour tenir compte de l'augmentation trimestrielle de l'indice des prix à la consommation.

L'autre régime, qui assure des prestations universelles, est celui des allocations familiales.

Pour compléter ces régimes accessibles à tous, le Parlement a institué, en 1965, le Régime de pensions du Canada, un régime global d'assurance sociale prévoyant des pensions de retraite, des pensions d'invalidité et des pensions pour les survivants. Les premières contributions ont débuté en 1966. Les premières pensions de retraite ont été versées en 1967, les premières prestations aux survivants en 1968, et les premières pensions d'invalidité et prestations supplémentaires pour enfants à charge en 1970. En vertu du régime, la pension de retraite reliée aux revenus vient s'ajouter au montant uniforme de la pension de sécurité de la vieillesse. Les prestations de retraite globales seront versées après une période décennale de transition. Les prestations au titre du Régime de pensions du Canada sont automatiquement rajustées en fonction des changements des échelles de salaires et, dans certaines limites, en fonction de l'augmentation des prix à la consommation. La Loi sur le Régime de pensions du Canada, fidèle à notre structure politique d'État fédéral, prévoit que le régime ne s'applique dans aucune province qui a établi un régime de pensions similaire. La province de Québec ayant établi sa Régie des rentes du Québec, les deux régimes sont coordonnés de manière que le système de pensions contributives fonctionne à l'échelle nationale. Ce système concrétise donc un effort visant à fournir à presque toute la population active une assurance à caractère obligatoire.

Toujours dans le domaine de la garantie des revenus des personnes âgées, une autre loi a été adoptée en décembre 1966 pour assurer un supplément de revenu garanti à tous les bénéficiaires d'une pension de sécurité de la vieillesse qui, en raison de leur âge, ne pouvaient bénéficier des prestations du Régime de pensions du Canada ou de la Régie des rentes du Québec. Ce régime supplémentaire est entré en vigueur en janvier 1967 et, au 1^{er} avril 1974, la pension de sécurité de la vieillesse de base ainsi que le supplément garantissant un revenu annuel minimal de \$2,248 pour un pensionné isolé et pour un couple marié dont l'un des deux conjoints seulement est pensionné et de \$4,288 pour un couple marié dont les deux conjoints sont pensionnés. Ces pensions sont rajustées tous les trois mois pour tenir compte des augmentations trimestrielles de l'indice des prix à la consommation. Le concept du revenu minimum garanti pour les personnes âgées représente une innovation extrêmement importante dans le programme canadien de sécurité sociale, du fait que l'admissibilité et l'échelle des prestations sont déterminées après évaluation du revenu et

dans plusieurs pays comme le Danemark, la Nouvelle-Zélande, l'Australie et le Royaume-Uni. La mesure législative canadienne a adapté cette formule au contexte d'un État fédéral en offrant des subventions aux provinces à condition qu'elles adoptent à leur tour des mesures législatives appropriées. Au cours des années qui suivirent, cette formule a servi de base aux lois semblables sur les allocations aux aveugles (1937), sur l'assistance-vieillesse des l'âge de 65 ans (1951) et sur les allocations aux personnes atteintes d'invalidité permanente et complète (1954).

L'envergure du chômage au cours de la crise économique des années trente a accéléré la mise au point d'un certain nombre de mesures d'assistance-chômage, les provinces demandant au gouvernement fédéral d'intervenir pour aider les autorités provinciales et municipales à faire face aux lourdes dépenses provoquées par cette situation. C'est alors que le gouvernement fédéral décida d'établir un régime national d'assurance-chômage. La Loi adoptée en 1935 fut invalidée en 1937, parce qu'elle dépassait les pouvoirs du Parlement fédéral. Grâce à l'adoption d'une modification constitutionnelle donnant au Parlement fédéral compétence en matière d'assurance-chômage, une loi fédérale sur l'assurance-chômage fut adoptée en 1940. Cette Loi prévoyait aussi la création d'un Service national de placement. La loi canadienne était rédigée d'après la conception britannique de l'assurance sociale, soit contribution tripartite de la part de l'employeur, des employés et du gouvernement. Dans la formule américaine d'indemnité de chômage, une échelle mobile fait qu'un employeur dont l'entreprise a connu peu de chômage paye moins d'impôts que son homologue moins favorisé. La loi canadienne prévoyait d'autre part un système de prestations progressives plutôt que les prestations à taux uniforme du régime britannique.

C'est au cours de la troisième période que la sécurité sociale a pris le plus d'ampleur au Canada, c'est-à-dire la période de la Deuxième Guerre mondiale et des années qui suivirent. Il importe de souligner que cette période a coïncidé avec une époque d'expansion industrielle et de croissance économique importantes. Ainsi, cet état de choses a favorisé le financement des nouvelles mesures sociales élargies nécessaires pour faire face aux nombreuses et diverses questions socio-économiques qui devenaient de plus en plus pressantes.

C'est au cours de cette époque de progression de la sécurité sociale au Canada qu'une nouvelle formule de sécurité du revenu a été adoptée. De nouveaux régimes ont été introduits qui prévoyaient des versements universels à presque toutes les personnes d'un âge déterminé, la redistribution des revenus, d'une part aux familles avec enfants et adolescents et, d'autre part, aux personnes âgées.

Dans le domaine de la garantie des revenus des personnes âgées, le Canada a suivi l'exemple de la Nouvelle-Zélande et de la Suède en assurant une pension de vieillesse à un taux uniforme. L'entrée en vigueur en 1951 du régime canadien de sécurité de vieillesse est l'une des tâches les

viagères de 1908 marqua les débuts de la législation fédérale dans le domaine de la sécurité de la vieillesse au Canada.

Pour ce qui est de la seconde période, qui va de la Première à la Deuxième Guerre mondiale, un certain nombre de facteurs ont changé la forme et la structure de la sécurité sociale au Canada, tout en influant sur sa croissance. L'industrialisation rapide durant les années de guerre et d'après-guerre, les secousses économiques et sociales de la crise des années trente, et les mouvements internes des populations rurales vers les grands centres urbains ont non seulement augmenté l'ampleur des besoins sociaux et économiques mais ont changé la nature des difficultés, d'un aspect purement local à un aspect régional et national. Tous ces facteurs, ainsi que le coût croissant des mesures de sécurité sociale qui devint trop onéreux pour les autorités locales, firent passer le domaine de la sécurité sociale du niveau local aux niveaux provincial et fédéral. Si les progrès de la sécurité sociale n'étaient guère spectaculaires durant cette période, un certain nombre de programmes importants furent mis en application, y compris les régimes provinciaux d'indemnisation des accidentés du travail et d'allocations aux mères et la disposition fédérale-provinciale relative aux pensions de vieillesse.

L'une des premières mesures pour la mise au point d'un programme de sécurité sociale moderne a été l'introduction, en 1914, de la Loi sur les accidentés du travail, en Ontario. Cette loi englobait les principes de la responsabilité collective et de l'assurance d'État et inaugurait une nouvelle façon d'aborder la protection des ouvriers atteints d'invalidité ou des maldies temporaires ou permanentes ou décédés par suite d'accidents de travail, en prévoyant des prestations médicales et financières au cours de la période d'incapacité de travail ainsi que des programmes mettant l'accent sur la prévention des accidents de travail. Cette loi établit un modèle législatif qui fut suivi de programmes semblables dans les autres provinces. Un autre progrès important dans le domaine des accidentés de travail a été la création, en Ontario toujours, d'un service complet de réadaptation pour les travailleurs invalides. Depuis lors, d'autres commissions provinciales des accidentés du travail ont établi des programmes semblables.

C'est au cours de cette période que le premier programme provincial d'allocations aux mères de familles a été institué au Canada. En 1916, l'Assemblée législative du Manitoba adoptait une loi pour venir en aide aux mères nécessiteuses et à leurs enfants à charge et, dans les années qui suivirent, d'autres provinces adoptèrent des lois semblables.

La Loi sur les pensions de vieillesse de 1927 représente la première intervention fédérale d'importance dans le domaine de la sécurité de revenu. Le programme prévoyait une participation du gouvernement fédéral au financement des pensions versées par les provinces aux personnes admissibles de 70 ans et plus qui satisfaisaient à une évaluation des ressources tenant compte de leur revenu et de leurs biens. Quelques décennies auparavant, des mesures législatives de ce genre avaient été mises en vigueur

sur les recommandations de la Commission Hall, fut présentée à une conférence fédérale-provinciale. Le premier ministre proposa l'application universelle d'un programme complet de services médicaux à administration publique et dont les prestations seraient transférables d'une province à l'autre. Le gouvernement fédéral se déclara prêt, sous réserve, bien sûr, de l'accord des provinces, à rembourser aux provinces qui appliqueraient un régime d'assurance médicale, la moitié du coût national moyen des services assurés pour chaque résident assuré, pourvu que les provinces respectassent les critères précisés plus loin.

La Loi fédérale sur les soins médicaux fut adoptée en 1966 et entra en vigueur le 1^{er} juillet 1968. La Saskatchewan et la Colombie-Britannique acceptèrent d'adhérer au programme dès sa création; Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, le Manitoba et l'Ontario s'y rallièrent en 1969; le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard en 1970; le Nouveau-Brunswick et les Territoires du Nord-Ouest en 1971 et le Territoire du Yukon en 1972. Cette même conférence fédérale-provinciale de 1965 étudia également un programme selon lequel le gouvernement fédéral partagerait le coût de certains régimes globaux de bien-être social, et aborda notamment la question d'un programme de services médicaux supplémentaires pour indigents. Le Régime d'assistance publique du Canada qui devait en découler entra en vigueur en 1966. Tout en s'attachant principalement aux services de bien-être social d'un point de vue de prévention et de réadaptation, le régime prévoit également le partage du coût d'autres services de santé pour indigents à condition que ces services ne soient pas couverts par l'un des régimes d'assurance-maladie, par exemple les ordonnances à domicile et les appareils de prothèse⁽³⁾.

SERVICES DE SÉCURITÉ DE REVENU ET DE BIEN-ÊTRE SOCIAL

L'évolution historique des mesures de sécurité sociale au Canada peut être envisagée selon trois étapes distinctes: la première étape allant jusqu'à la Première Guerre mondiale, la seconde étant celle de la guerre et de l'entre-deux-guerres et enfin la dernière étant la période de la Deuxième Guerre mondiale jusqu'aux années présentes.

Au cours de la première période, les mesures de sécurité sociale étaient minimales et se développaient lentement. Elles traduisaient la nature locale et régionale des besoins sociaux et économiques d'alors. À mesure que le pays évoluait, vinrent s'ajouter aux premières mesures sociales à caractères local et privé des programmes gouvernementaux beaucoup plus complets comme certaines lois provinciales sur le bien-être de l'enfance, le contrôle ou la propriété par les provinces, des établissements pour malades mentaux, des arrières mentaux, tuberculeux, aveugles et sourds. La Loi sur les rentes

⁽³⁾Pour plus de détails au sujet de l'Assurance médicale, veuillez vous reporter à la partie intitulée "Le Programme d'assurance médicale".

des soins médicaux, créé en 1960, et composé de trois représentants nommés par la profession médicale, de trois représentants du gouvernement, de trois représentants du public et d'un membre nommé par l'École de médecine de l'université de la Saskatchewan se divisa sur la question des principes de l'assurance universelle et de la gestion publique. Cela n'empêcha toutefois pas la mesure législative d'être sanctionnée en novembre 1961, et le 1^{er} juillet 1962 fut pris comme date d'entrée en vigueur du régime. Le Collège provincial des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan s'opposa à cette législation et annonça, dès lors, la suppression, à partir du 1^{er} juillet, de toutes les prestations des médecins, à l'exception des soins d'urgence, si certains changements n'étaient pas apportés à la loi. Lorsque le régime entra en vigueur sous sa forme prévue, les services furent effectivement interrompus pour n'être rétablis que le 23 juillet 1962, après négociation entre le gouvernement et le Collège d'une entente comportant des concessions mutuelles.

En fin de compte, les médecins acceptèrent de s'affilier à un régime universel et administré par un organisme public, et le gouvernement convint de s'assurer les services d'organismes d'assurance-maladie bénévoles qui serviraient d'intermédiaires pour traiter les demandes de remboursement. Le régime définitif assurait tous les services de médecins nécessaires, y compris les méthodes de diagnostic, et s'appliquait à plus de 93 p. 100 de la population.

Avant que le gouvernement fédéral n'introduise son programme, trois autres provinces avaient, elles aussi, adopté une certaine forme de mesures législatives sur les soins médicaux. Mais aucune d'elles ne se hasarda à réitérer la condition d'universalité qui avait été posée par la Saskatchewan. Le régime institué en 1963 par l'Alberta réglementait les types de contrats des compagnies d'assurance privées et fixait des limites aux primes payables à cet égard. Un système de subventions partielles de soutien fut également établi pour venir en aide à ceux qui ne pouvaient acquitter la prime totale exigée. Vers la fin de 1966, plus de 70 p. 100 de la population de l'Alberta avait ainsi souscrit à cette formule d'assurance.

En 1965, le régime d'assurance médicale du gouvernement de la Colombie-Britannique offrait une assurance individuelle d'origine publique aux résidents de la province à la suite de la faillite du seul assureur privé à fournir ce genre d'assurance sans but lucratif. Ce régime offrait également un système de subventions partielles de soutien, mais les assistés sociaux étaient assurés séparément selon une échelle de prestations moins élevée.

Le régime d'assurance médicale de l'Ontario de 1966 connut une évolution pratiquement identique, à la différence qu'il couvrait la plupart des assistés sociaux qui touchaient ainsi les mêmes prestations. En 1967, l'Alberta adopta un régime semblable géré par un organisme provincial et qui devait porter le nom de Régime d'assurance-maladie de l'Alberta (*Alberta Health Plan*). Au cours de l'été 1965 enfin, une nouvelle proposition fédérale basée

deux fractions seulement de la population : les habitants de la région de la Saskatchewan connue sous le nom de *Swift Current Health Region* et les enfants de Terre-Neuve pour lesquels les services de santé avaient été élargis cette année-là de manière à inclure les services spécialisés. L'entrée en vigueur en 1958 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et l'exclusion générale des assureurs privés qui en découla dans ce secteur particulier eut deux conséquences principales. Bon nombre de citoyens qui, pour la première fois, se trouvaient assurés au chapitre des frais d'hospitalisation commencèrent à vouloir s'assurer également contre les frais de services médicaux. L'industrie de l'assurance commença donc à chercher de nouveaux secteurs d'activité pour remplacer celui de l'assurance-hospitalisation qu'elle avait perdu.

Les régimes de services médicaux à but non lucratif avaient suffisamment inspiré confiance pour ouvrir toutes les portes aux adhésions des habitants de collectivités — ce qui revenait à accorder périodiquement aux groupes de résidents d'une collectivité que la chose intéressait, la possibilité de souscrire une assurance de ce genre. Le régime d'assurance-hospitalisation entraînera donc une augmentation très nette de la garantie offerte dans le domaine de l'assurance médicale, soit de 30 à 70 p. 100 de la population. En 1965, la Commission royale d'enquête sur les services de santé, constituée en 1961 sous la présidence de l'honorable Emmett M. Hall, juge de la Cour suprême du Canada, terminait ce qui devait constituer l'évaluation la plus complète et la plus détaillée des services de santé jamais faite au Canada. La Commission constata qu'alors que près de 60 p. 100 des Canadiens jouissaient d'une certaine protection, sous forme d'assurance, contre les frais médicaux, cette protection apparaissait, dans près de la moitié des cas, comme totalement insuffisante.

La Commission recommanda donc que le gouvernement fédéral prenne vivement l'initiative en matière d'assurance médicale et y apporte son concours financier, en laissant toutefois les leviers de commande du régime aux mains des gouvernements provinciaux, par voie de décentralisation. La Commission préconisa des directives et des normes générales dans le cadre des dispositions fédérales, mais elle estima également qu'il fallait laisser à chaque province suffisamment de latitude pour l'établissement de son propre régime. Des recommandations très voisines furent formulées à propos de la nécessité d'un soutien beaucoup plus large dans les domaines de l'enseignement, de la recherche et des établissements de formation du personnel sanitaire.

Sur ces entrefaites, la province de la Saskatchewan, une fois encore, fut la première à appliquer un régime obligatoire d'assurance médicale établi sous l'égide du gouvernement. Les principes fondamentaux en étaient les suivants : paiement anticipé, garantie universelle, qualité élevée des services, administration par un organisme public responsable devant l'Assemblée législative, et régime acceptable tant pour les promoteurs que pour les bénéficiaires des services. Toutefois, un comité consultatif de planification

médecins-participants qui fournissaient les services assurés sans que le malade ait à débourser quoi que ce soit au moment de la consultation. Les tentatives des divers gouvernements visant à faire adopter des mesures législatives sur l'assurance-maladie influencèrent néanmoins l'évolution de l'assurance médicale et l'assurance-hospitalisation. La décision d'ordre constitutionnel prise par les tribunaux, en 1935, laissait notamment l'initiative aux gouvernements provinciaux pour l'application des formules d'assurance-maladie, ce qui allait déterminer toute l'évolution future dans ce domaine.

Le plus important programme gouvernemental d'assurance médicale de cette période devait être le programme connu sous le nom de *Swift Current Health Region*. Créé en 1946, il assurait aux 54,000 habitants de la région toute une gamme de services médicaux à domicile, au bureau et à l'hôpital. En outre, un programme complet de soins dentaires était offert à tous les enfants de moins de 16 ans. Ce régime était financé par des impôts personnels et fonciers obligatoires et par des subventions provinciales.

Le rejet des propositions fédérales sur l'assurance-maladie, à la conférence fédérale-provinciale sur la reconstruction, en 1945, constituait également une remise des propositions sur l'assurance médicale, puisqu'il avait été convenu que l'assurance-hospitalisation aurait constitué la première phase du programme. En 1948 pourtant, une partie des propositions fédérales, les Subventions nationales à la santé, fut exhumée. Ces subventions, définies comme les "conditions préalables fondamentales d'un système d'assurance-maladie à l'échelon national" renforcèrent les services sanitaires traditionnels en libérant des crédits pour la construction d'hôpitaux, pour la formation de personnel spécialisé, pour divers programmes de traitement dans le cadre de l'hygiène mentale, de la santé maternelle et infantile, de la lutte contre le cancer et la tuberculose, ainsi que pour des études provinciales des ressources et des services dans le domaine de la santé.

Comme ce fut le cas pour les services hospitaliers, les provinces jugèrent nécessaire de prévoir le cas des indigents. En 1931, puis en 1949, la Colombie-Britannique adopta des mesures législatives qui, en fin de compte, assurèrent aux assistés sociaux la plupart des soins médicaux. L'Ontario prit des dispositions, en 1932, afin que les municipalités puissent volontairement participer à un régime d'assurance médicale pour les indigents mais, en 1935, elle rendit le système obligatoire pour toutes les municipalités. La loi de 1945 sur les services de santé de la Saskatchewan (*Saskatchewan's Health Services Act*) fut conçue pour fournir une gamme complète de services de santé aux assistés sociaux seulement, et les prestations comprenaient les services hospitaliers, dentaires, médicaux et pharmaceutiques. Le régime d'assurance médicale de l'Alberta, à l'intention des assistés sociaux, fut instauré en 1947. D'autres régimes semblables furent instaurés dans les autres provinces au cours des décennies suivantes.

L'assurance médicale complète des gouvernements provinciaux pour les "groupes" spéciaux autres que les assistés sociaux se limitait en 1958 à

Tout comme l'assurance-hospitalisation, l'assurance médicale est apparue au Canada en 1655, avec l'initiative d'Estienne Bouchard puis, au dix-neuvième siècle, avec le système de retenues obligatoires pratiqué par certaines sociétés forestières et minières afin de couvrir les frais médicaux et hospitaliers que pouvaient avoir à payer leurs employés. Il fallut cependant attendre le vingtième siècle pour voir se généraliser l'application du système, suite à l'éclosion dans diverses parties du pays des formules d'assurance-hospitalisation.

En 1914, la municipalité rurale de Sarnia (Saskatchewan) institua une forme d'assurance médicale en versant à un médecin des honoraires afin qu'il exerce dans la région. L'expérience eut tant de succès que, deux ans plus tard, la province adopta une loi sur les municipalités rurales (*Rural Municipality Act*) qui permettait à celles-ci de percevoir un impôt foncier dans le but de payer des honoraires à un médecin pour qu'il exerce la médecine générale et assure les services d'hygiène publique dans la région. Cette mesure législative encouragea donc les médecins à venir s'établir dans cette province toute neuve — elle n'avait que onze années d'existence — dont le développement n'en était encore qu'à ses premiers pas. Ces régimes publics subventionnés subsistèrent pendant plusieurs années, et on en comptait une centaine en 1946. Des régimes semblables, quoique moins nombreux, furent également adoptés au Manitoba, en 1921, et en Alberta en 1926.

Au cours des années vingt et trente, ce furent des sociétés commerciales qui s'attachèrent le plus activement à répandre l'assurance médicale dans les autres régions du Canada. Mais Terre-Neuve, qui ne faisait pas encore partie de la Confédération, créa, en 1934, son propre régime d'assurance médicale et hospitalière appelé *Cottage Hospital Medical Care Plan*. Ce régime assurait non seulement des services hospitaliers dans les régions reculées, mais retenait aussi les services de médecins pour y exercer. En 1937, un médecin biologiste de Toronto, le Dr J. A. Hannah, créait l'un des premiers régimes privés, parrainés par un médecin, au moyen d'une subvention de l'Association de la fonction publique de l'Ontario et de l'Association des médecins de l'Ontario. En 1939, des programmes semblables furent institués à Windsor, en Ontario, et à Regina, en Saskatchewan, sous le parrainage d'associations de médecins.

Dans les années quarante, plusieurs programmes semblables virent le jour dans tout le Canada, et notamment le *Medical Services Associated* en Colombie-Britannique (1940), le *Manitoba Medical Services* (1942), le *Medical Services Incorporated* à Saskatoon (1946), le *Physicians' Services Incorporated* en Ontario (1947), le *Medical Services Incorporated* en Alberta (1948) et le *Maritime Medical Care Incorporated* en Nouvelle-Écosse (1948). Ces régimes avaient pour caractéristique principale d'offrir une garantie presque complète, quant au coût des honoraires de médecins. Ces "régimes d'assurance-services", comme on les appelait, rétribuaient directement les

(2) Pour plus de détails sur le Régime d'assurance-hospitalisation, veuillez vous reporter à la partie intitulée "Le Programme d'assurance-hospitalisation et de services diagnostiques".

En 1949, deux autres provinces, la Colombie-Britannique et l'Alberta, ont instauré leurs propres régimes d'assurance-hospitalisation. Alors que le régime de la Colombie-Britannique ne différait pas vraiment du programme déjà appliqué en Saskatchewan, le programme de l'Alberta, qui devait entrer en vigueur le 1^{er} juillet 1950, se fondait sur une structure déjà en place dans la province, celle des régimes municipaux d'hospitalisation régis par les conseils municipaux, et il ne couvrait donc pas l'ensemble de la province.

Lorsque Terre-Neuve entra dans la Confédération, en 1949, elle comptait déjà quelque quinze années d'expérience dans ce domaine avec son régime subventionné de services hospitaliers (*Cottage Hospital Service*) qui assurait les services de médecins rémunérés à environ un tiers de la population, principalement celle des ports isolés. En 1957, elle y ajoutait d'ailleurs un régime d'hospitalisation et de services diagnostiques pour les enfants. Toutefois, lorsque ces prestations d'hospitalisation furent englobées dans le régime d'hospitalisation fédéral-provincial créé l'année suivante, après un accord conclu avec le gouvernement fédéral, les prestations pour les enfants furent étendues de manière à comprendre également les soins médicaux et chirurgicaux, les anesthésies et les consultations spéciales.

Ce fut en 1955, avec la généralisation de l'intérêt porté à la question de l'assurance-maladie, que les provinces demandèrent à ce que le sujet soit discuté à la conférence fédérale-provinciale qui devait se tenir cette année-là. Au cours de cette conférence, le premier ministre déclara que le gouvernement fédéral était disposé à accorder son assistance financière aux régimes d'assurance-maladie. En conséquence, en 1956 il présenta aux provinces des propositions concrètes en matière d'assurance-maladie. Celles-ci envisageaient l'institution d'un régime d'assurance-maladie progressif donnant la priorité à un régime d'assurance-hospitalisation et de services diagnostiques. La première loi fédérale qui vint concrétiser ces propositions fut la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques de 1957, qui partage entre le gouvernement fédéral et les provinces le coût de certains services hospitaliers déterminés offerts aux assurés.

Quatre provinces — Terre-Neuve, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique — possédaient déjà leurs propres régimes d'assurance-hospitalisation au moment où la loi fut adoptée, en 1957. Elles conclurent des accords corollaires le 1^{er} juillet 1958, tout comme le Manitoba d'ailleurs, imitées en cela par l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et l'Ontario en 1959, par les Territoires du Nord-Ouest et le Territoire du Yukon en 1960, et par le Québec en 1961.

A l'heure actuelle, l'assurance-hospitalisation couvre plus de 99 p. 100 des 22 millions de Canadiens⁽²⁾.

d'une certaine de ces régimes locaux.

Le Manitoba et l'Alberta suivirent l'exemple de la Saskatchewan en établissant, au cours des années vingt, des régimes municipaux d'hospitalisation. Il fallut toutefois attendre les années de la crise économique, qui marquèrent la décennie suivante, pour que les gouvernements provinciaux jugent nécessaire d'intervenir afin d'assurer aux citoyens les soins et les services médicaux appropriés, sur une grande échelle. Au cours de cette période furent créés de nombreux programmes d'assistance publique qui prenaient à leur compte certains frais médicaux pour les indigents.

L'intérêt soutenu que suscitait le concept de l'assurance-maladie se traduisit par de nombreuses enquêtes et études qui eurent lieu avant la Deuxième Guerre mondiale.

En 1928, un Comité de la Chambre des communes avait étudié plusieurs mesures de sécurité sociale, dont l'assurance-maladie. En 1935, il fit inscrire dans les statuts la Loi sur le placement et les assurances sociales. Cette loi, qui aurait permis au gouvernement fédéral d'administrer directement un régime de santé nationale et de bien-être social financé par le versement de certaines primes, fut malheureusement contestée et jugée, en fin de compte, inconstitutionnelle par les tribunaux, ce qui entraîna la responsabilité provinciale en matière de soins et de services de santé.

Avant et pendant la Deuxième Guerre mondiale, plusieurs provinces tentèrent, mais sans succès, de faire adopter des mesures législatives sur l'assurance-maladie. Pour diverses raisons, aucune de ces lois ne fut promulguée. Par conséquent, il fallut, pendant toute cette période, recourir, à l'assurance commerciale privée ou aux régimes-groupe de prévoyance, parrainés par les hôpitaux ou par certaines associations. Ces régimes ressemblaient beaucoup au système américain de la Croix bleue, mais ils payaient les services fournis au lieu d'assurer une indemnisation fixe.

En 1942, le gouvernement fédéral créa un comité consultatif sur l'assurance-maladie qui, en 1943, présenta son rapport ainsi qu'un avant-projet de loi sur l'assurance-maladie au Comité spécial de la Chambre des communes sur la sécurité sociale. Une formule d'assurance-maladie basée, en très grande partie, sur les travaux du comité consultatif fut ajoutée aux propositions fédérales présentées en 1945 à la conférence fédérale-provinciale sur la reconstruction. Ces propositions comprenaient une offre d'aide financière aux provinces destinée à leur permettre d'administrer un programme complet d'assurance-maladie de portée nationale et dont l'introduction aurait été progressive. Mais un désaccord survenu à propos des arrangements fiscaux empêcha l'acceptation de l'offre globale dont l'assurance-maladie ne constituait qu'une partie.

Sur ces entrefaites, la province de la Saskatchewan décida d'agir seule et adopta, en 1946, une loi sur l'hospitalisation (*Saskatchewan Hospitalization Act*) qui entra en vigueur l'année suivante et représenta, pour le Canada, le premier programme obligatoire parrainé par une province qui assura les soins et les services hospitaliers à toute la population de la province.

Le Canada a mis au point plusieurs manières d'envisager les problèmes de sécurité sociale. Le système actuel de sécurité sociale comprend un certain nombre de régimes qui utilisent différentes techniques de prestations, notamment l'assurance sociale, l'assistance sociale, les versements universels, le revenu garanti et la prestation directe et indirecte de services de santé et de bien-être social. Ces mesures ont évolué lentement et elles ont été modifiées par les forces constitutionnelles, politiques, financières, économiques et sociales au cours du dernier demi-siècle; en outre, leur évolution se poursuit parallèlement à celle de ces mêmes forces.

L'expression "sécurité sociale" que nous reprenons ici, englobe les régimes publics d'assurance-maladie, les régimes de sécurité de revenu, et notamment les mesures d'assurance et de soutien de revenu, ainsi que les services de bien-être social qui permettent de faire face aux difficultés d'ordre individuel et social.

Nous étudions d'abord l'évolution du système de sécurité sociale par le biais de la création des régimes d'assurance-maladie en analysant celle des services de sécurité de revenu et des services de bien-être social.

L'ASSURANCE-MALADIE

Assurance-hospitalisation et services diagnostiques⁽¹⁾

Déjà aux premiers temps de l'histoire du Canada on peut retrouver certaines formes d'assurance-maladie. Dès 1665, le Dr Estienne Bouchard, médecin montréalais, offrait à vingt-six familles de la ville une forme d'assurance-maladie par versements anticipés. En 1883, les mineurs du Cap-Breton bénéficiaient d'un système de protection médicale et hospitalière assuré par un système de retenues obligatoires. Il fallut toutefois attendre la Première Guerre mondiale pour que le concept de l'assurance-maladie en vienne à se généraliser.

En 1916, la province de la Saskatchewan fit l'un des premiers pas dans cette direction en adoptant une loi *Union Hospital Act*, rompant ainsi avec la tradition de la responsabilité municipale en matière de soins hospitaliers. Cette loi permettait aux municipalités de se constituer en districts hospitaliers pour entretenir les hôpitaux et en construire de nouveaux. Une mesure législative, adoptée l'année suivante, donna aux municipalités le droit de percevoir des impôts afin de financer un régime de soins hospitaliers pour tous ou la plupart de leurs habitants. En 1946, la province comptait plus

⁽¹⁾*Les services de santé au Canada, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1973.*

Le Canada a dépensé environ 11,3 milliards de dollars pour la sécurité sociale pendant l'année financière 1971-72, soit à peu près 11,8 p. 100 de son produit national brut. Cette somme, qui comprend les dépenses fédérales, provinciales et municipales, devrait vraisemblablement augmenter au cours des prochaines années afin de couvrir une gamme étendue de programmes de soutien de revenu, de services de santé et de bien-être social destinés à un nombre important de Canadiens.

Il s'agit évidemment d'une dépense considérable. Il est donc essentiel de connaître les régimes dispensés, comment cet argent est dépensé, ainsi que le rôle que ces programmes sont appelés à jouer dans notre système global de sécurité sociale.

Quantité d'articles et de livres ont décrit des régimes particuliers ou même l'ensemble de notre système de sécurité sociale. Ces publications étaient, bien sûr, nécessaires, mais dans la plupart des cas, elles ne se sont que peu attachées au rapport qui existe entre les divers programmes, aux personnes auxquelles ils s'intéressent, non plus qu'aux problèmes de ces dernières. Le présent document est la troisième et la plus récente édition de *La sécurité sociale au Canada* selon les données recueillies à la fin de 1973. Il montre l'importance des groupes — nécessaires, vieillards, survivants à charge, enfants, invalides, chômeurs, victimes d'accidents du travail, malades, anciens combattants, agriculteurs, pêcheurs et marins, Indiens et Esquimaux et immigrants — auxquels s'adressent les programmes de sécurité sociale. Parallèlement, il donne une vue d'ensemble du système de sécurité sociale tel qu'il existe aujourd'hui. Afin d'aider à mieux comprendre le fonctionnement de l'ensemble du système, nous avons également présenté les régimes sociaux et économiques apparentés aux régimes de sécurité sociale, ce qui nous a fait aborder, outre les régimes du ressort du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, ceux qui relèvent d'autres organismes et ministères fédéraux ainsi que ceux qui sont régis par les provinces.

Nous aimerions exprimer notre reconnaissance aux hauts fonctionnaires des ministères de l'Agriculture, de l'Environnement, des Affaires indiennes et du Nord canadien, du Travail, de la Main-d'œuvre et de l'Immigration, de l'Expansion économique régionale et des Affaires des anciens combattants, ainsi que de la Société centrale d'hypothèques et de logement, de Statistique Canada et de la Commission d'assurance-chômage, sans oublier le personnel de notre Direction générale et des autres Directions générales de notre Ministère, pour l'aide précieuse qu'ils nous ont apportée. Le présent document est le 19^e d'une série de publications sur la recherche en matière de sécurité sociale, préparées par notre service. La troisième édition de cette publication a été préparée par M. J. I. Clark conseiller principal de la Direction générale de la sécurité de revenu.

Indiens et Esquimaux 76

DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Tableaux

Tableau A : Dépenses consacrées aux domaines de la santé et
du bien-être social par tous les niveaux de gouvernement 82

Tableau B : Dépenses gouvernementales consacrées à la sécurité
sociale exprimées en pourcentage du produit national brut
et du revenu national 83

Annexe

Régimes provinciaux d'assurance-maladie 84

46	Enfants
47	Allocations familiales fédérales
48	Allocations familiales provinciales
48	Prestations d'orphelins (RPC-RRQ)
49	Enfants d'un cotisant invalide (RPC-RRQ)
49	Enfants bénéficiaires d'autres régimes
49	Service de bien-être à l'enfance
50	Invalides
51	Régime de pensions du Canada et Régime de rentes du Québec ..
51	Régimes fédéraux-provinciaux d'allocations aux aveugles
51	et aux invalides
52	Assistance sociale provinciale
53	Formation et allocations
54	Réadaptation médicale des invalides et des malades chroniques ..
58	Chômeurs
58	Assurance-chômage
60	Programme sur les prestations d'aide de transition
61	Prestations supplémentaires de chômage
61	Services de placement dans les Centres de la main-d'oeuvre
61	du Canada
62	Programme de mobilité de la main-d'oeuvre du Canada
63	Formation professionnelle des adultes
65	Travailleurs blessés
65	Indemnisation des accidentés du travail
67	Indemnisation des marins marchands
68	Anciens combattants
68	Pensions aux anciens combattants
68	Pensions et allocations de guerre pour les civils
69	Allocations aux anciens combattants
69	Allocations de guerre pour les civils
69	Fonds de secours
70	Agriculteurs
71	Loi sur la stabilisation des prix agricoles
71	Loi sur l'assistance à l'agriculture des Prairies
72	Loi sur l'assurance-récolte
72	Programme de développement des petites exploitations agricoles
73	Développement économique et social des régions rurales
74	Les agriculteurs et la sécurité sociale
74	Pêcheurs et marins
74	Régime d'assurance des bateaux de pêche
75	Prestations de chômage
75	Immigrants
76	Régimes provinciaux d'assurance-maladie

Table des matières

Avant-propos

HISTORIQUE

L'assurance-maladie	2
Services de sécurité de revenu et de bien-être social	9

SOINS DE SANTÉ

Le programme d'assurance-hospitalisation et de services diagnostiques	19
Le programme d'assurance médicale	21
Caisse supplémentaire d'assurance-santé	24
Régime d'assistance publique du Canada	24
Régimes d'assurance-maladie privés	24

ACCESSIBILITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE À CERTAINS GROUPE DÉTERMINÉS

Personnes nécessitueuses	26
Régimes provinciaux d'assistance sociale	26
Régime d'assistance publique du Canada	27
Programme de logements à loyer modique	28
Personnes âgées	31
Régime de pensions du Canada et Régime des rentes du Québec .	32
Sécurité de la vieillesse	35
Programme de supplément de revenu garanti	37
Prestations supplémentaires d'assistance sociale	39
Régimes de pensions privées	40
Services généraux pour les personnes âgées	41
Nouveaux horizons pour les personnes âgées	43
Survivants	44
Régime de pensions du Canada et Régime de rentes du Québec .	44
Pension de veuve	44
Pension de veuf invalide	45
Prestations d'orphelins	45
Prestations de décès	45
Assistance sociale	46
Prestations de survivant: indemnisation des accidents du travail	46
Prestations de survivant: anciens combattants	46

Nº de cat.: H13-1/20

Information Canada
Ottawa, 1974
©

la Sécurité sociale au Canada

Publication autorisée par le
ministre de la Santé nationale et du Bien-être social
Perfectionnement et coordination
des objectifs et des programmes
(Direction générale)

14382

